

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」
分担研究報告書

自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究
(3) 労働者の主たる役割別からみた検討

研究分担者 松本 俊彦 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 赤澤 正人 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
勝又陽太郎 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
廣川 聖子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
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)
白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター)
竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究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、死亡時に有職者であった事例を自営業と被雇用者に分類し、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、自殺予防の観点から自営業者と被雇用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 22 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 88 事例から死亡時に有職者であった 53 事例を対象として、自営業者と被雇用者の 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】自営業者は、被雇用者よりも平均年齢が高く、死亡時点において返済困難な借金を抱えている割合が有意に高かった。また自営業者は、被雇用者に比べて精神科を受診した割合が有意に低いことがわかった。死亡時に罹患していたと推測される精神障害には、自営業者と被雇用者で有意差は認められなかった。

【結論】自営業者、被雇用者ともに、メンタルヘルス支援の充実の必要性が示唆された。さらに自営業者に対する自殺予防の介入のポイントとして、債務処理に関わる司法分野と精神保健福祉分野の連携、精神科受診を促す取組の必要性が示唆された。

A. 研究目的

警察庁の自殺の概要資料⁶⁾によると、平成 21 年における職業別の自殺の状況では、無職者が 57.0%と自殺者の半数以上を占め、次いで被雇用者・勤め人が 27.9%、自営業・家族従事者が 9.7%となっている。自殺者全体に占める割合だけをみると労働者の占める割合は無職者よりも低い、労働者の自殺予防も決して看過してはならない課題である。それは、厚生労働省が公表した自殺・うつ対策の

経済的便益(自殺やうつによる社会的損失)⁷⁾からも明らかである。これによると、2009 年に自殺で亡くなった 15 歳～69 歳の人々が 70 歳まで働き続けたとして、稼働所得の合計が約 1.9 兆円であり、社会経済的損失といった観点からも自殺予防はわが国の重要な課題であるといえる。

我々は、これまでに職業の有無による自殺既遂者の心理社会的類型について検討し、有職者は既婚の中老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いこと、死亡時点で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、一方で、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、有職者にみられた社会的問題は確認されなかったこと等を報告しているが¹⁾、労働者の主たる役割別（自営業者もしくは被雇用者）による検討が課題であった。

自殺の概要資料による職業別・自殺の原因・動機別の件数では、自営業・家族従事者は、経済・生活問題が最も多く、次いで健康問題が多くなっている。そして被雇用者・勤め人では、健康問題が最も多く、ついで経済・生活問題が多くなっている^{6) 8)}。ここで注意しておかなければならないのは、自殺には複数の要因が関与しており、自殺予防には多方面からの介入が必要であるということであり、自営業者と被雇用者の自殺者の実態を改めて把握しておくことが必要であると思われる。

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における有職者の事例について、自営業者と被雇用者に分類し、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、自殺予防の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 22 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 88 事例の中から、死亡時点で有職者であった 53 事例を抽出して分析の対象とした。

2) 分析方法 53 事例について、死亡時の職業をもとに自営業者と被雇用者の 2 群に分類した。

自営業者と被雇用者の 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¹¹⁾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、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人口動態的変数（性別、年齢、年齢階級、婚姻状況、世帯年収）、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（死亡前 1 年間の転職歴、死亡前 1 年間の休職歴、死亡前 1 年間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（死亡前 1 年間の重症の身体疾患への罹患経験、死亡前 1 ヶ月間の身体の不調、死亡前 1 ヶ月間の睡眠障害、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-IV²⁾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。

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、休職歴、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。人口動態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。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。平均年齢と世帯年収の比較には 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 (現独立行政法人国立精神・神経医療研究センター) 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

53 事例のうち、自営業者は 12 名 (22.6%)、被雇用者は 41 名 (77.4%) であった。自営業者と被雇用者のあいだで、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) 人口動態的変数

平均年齢について有意差が認められ ($p < 0.05$)、自営業者の平均年齢は被雇用者のそれよりも 10 歳ほど高くなっていた。性別については両群間で有意差が認められなかったが、自営業者では 9 割以上、被雇用者では 8 割以上が男性であった。婚姻状況については有意差が認められず、両群ともおよそ 7 割が既婚であった。世帯年収についても有意差は認められなかったが、自営業者のほうが被雇用者よりも高くなっていた。

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% 以上の事例に親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴が認められていた。事故傾性についても両群間で有意差は認められず、自営業者の 50.0%、被雇用者の 68.3% と比較的高率に確認された。

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に有意差が認められ ($p < 0.05$)、被雇用者よりも自営業者において高率に認められた。返済困難な借金がある者のうち、半数以上が多重債務の状態で、返済に遅れが生じていた。同時に、自己破産や民事再生などの手続きに関する知識も半数以上が有していた。転職歴、休職歴、アルコール関連問題といった特徴において、両群間で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

精神科受診歴に有意差が認められ ($p < 0.05$)、自営業者は被雇用者よりも受診率が低くなっていた。死亡前 1 年間の重症の身体疾患への罹患経験、死亡前 1 ヶ月間の身体の不調、死亡前 1 ヶ月間の睡眠障害については、両群間に有意差は認められなかった。なお、死亡前 1 ヶ月間の身体の不調と死亡前 1 ヶ月間の睡眠障害については、それぞれ両群の 50% 以上の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、自営業者で 100%、被雇用者で 90.2% 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大うつ病性障害、(自営業者 66.7%、被雇用者 53.7%)。次いでアルコール使用障害 (自営業者 41.7%、被雇用者 22.0%) であった。

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-IV²⁾ 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、自殺した自営業者と被雇用者それぞれの心理社会的特徴ならびに精神医学的特徴について検討した研究である。

本研究では、自営業者と被雇用者とのあいだに以下の三つの差異が確認された。第一に、自営業者は被雇用者よりも平均年齢が高かったことである。第二に、自営業者は死亡時点の返済困難な借金といった問題を抱えていた者が多かったことである。そして最後に、自営業者は精神科を受診していた者が少なかったことである。

自営業者と被雇用者における自殺者の特徴および自殺予防の介入ポイントについて、以下に考察をしたい。

1) 自殺者の特徴

本研究における対象においては、自営業者の平均年齢は被雇用者の平均年齢よりも高くなっていた。どちらの群も多数を占めていたのは中高年であるが、被雇用者では2割弱を占めていた30歳未満の青少年が、自営業者の自殺既遂者には含まれていなかったために、自営業者の平均年齢が高くなったことが予想される。また自殺の概要資料における年齢階級別・職業別の自殺者数の構成割合をみると、20歳代男性の自営業・被雇用者の割合は1.8%であり、年齢が高くなるほど自営業・家族従事者の自殺者数の割合が高い傾向がある^{6) 8)}ことから、本研究結果はある程度の妥当性を持ったものであると思われる。

我々の報告では、負債を抱えた自殺既遂者の特徴として、自営業者の割合が高いことを既に報告しているが⁴⁾、労働者の主たる役割別で分析した本研究でも、同様の結果が得られた。負債や返済困難な借金が自殺のリスクを高める要因であり、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³⁾がある。自殺の概要資料⁶⁾による職業別・原因・動機別の分類では、自営業・家族従事者の原因・動機は経済的問題が最も多くなっている。また本研究では、返済困難な

借金について専門家に相談した事例は自営業者で25%、被雇用者に至っては10%にとどまっており、借金の問題を抱えた者の多くが、必要とする支援につながっていないことを示している。本研究結果は、自営業者に対する経済的支援とその情報発信の必要性を示唆していると思われる。

また自営業者の精神科受診率は被雇用者よりも低く、2割にも満たないことがわかった。自営業者の全事例において精神障害への罹患が予想されたにも関わらず、精神科医療にほとんどつながっていなかったことは、自殺のリスクを大きく高めることになったと予想される。自営業者が精神科受診につながりにくい理由として考えられるのは、亀山ら⁴⁾の指摘にもある平日の作業や事業経営を休んで医療機関を受診する時間的余裕がないことや、前述の返済困難な借金の問題の解決を考えるあまりに、自身の精神的問題に気づいていなかったこと等が予想される。本研究から、メンタルヘルスの問題への気づきと医療機関への受診が自営業者の自殺予防にとって重要であることが示唆された。

自営業者と被雇用者で有意差は認められなかったが、精神障害への罹患についても少し触れておきたい。精神障害への罹患は自殺のリスクの大きな要因であることは、自殺予防に関わる研究から明らかとなっている¹⁰⁾。本研究においても、自営業者、被雇用者ともに、精神障害への高い罹患率が確認された。精神障害を抱えながらの労働は、人間関係の不和、作業能率や信頼性の低下等といった新たな問題を引き起こし、本人がさらに苦しい状況に追い込まれてしまうことは容易に想像できる。職場における精神障害の予防、早期発見、罹患後の支援が自殺予防にとって重要であると思われる。

2) 自殺予防の介入ポイント

以上のことから、自営業者と被雇用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ことができる。一つは、借金の問題解決を担う司法の分野と精神保健分野の

連携である。勝又ら⁵⁾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。借金問題の相談者が精神保健的支援や精神科受診につながるように、あるいは借金問題を抱えた患者が司法分野の専門家にもつながるといったように、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司法関係者のネットワーク⁹⁾を築くことが、返済困難な借金を抱えた労働者、特に自営業者の自殺予防にとって重要である。

もう一つは、精神障害の早期発見と適切な治療に向けて、労働者の心身の健康維持を目的にした既存の支援体制を有効活用することである。企業の健康管理センターなどの産業保健を中心とした、職場におけるストレスチェックやうつスクリーニング等のメンタルヘルス支援をいっそう推進していくことが求められる。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い。そこで、市町村事業における健康相談事業や特定検診等を活用するなどして、精神障害に関する啓発とスクリーニングを行い、精神障害の予防と早期発見、精神科受診につなげる取り組みが必要である。

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。

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、心理学的剖検の手法を用いて、自営業者と被雇用者における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。今後は、事例数を増やした上で業種ごとの詳細な事例検討から介入ポイントを明らかにするなどの、自殺の実態把握と予防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、自営業者と被雇用者の自殺既遂者の心理社会的特徴や精神医学的特徴を検討した。その結果、自営業者は被雇用者よりも平均年齢が高く、死亡時点において返済困難な借金を抱えている割合が高く、精神科受診の経験率が低いことが分かった。死亡時点に罹患していたと推測される精神障害は、自営業者と被雇用者で有意差は認められなかったが、両群ともに大うつ病性障害への罹患率が最も高くなっていた。これらの結果から、自殺予防の介入ポイントとして、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、精神障害の早期発見と適切な治療に向けて、労働者の心身の健康維持を目的にした既存の支援体制を有効活用することが示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
 - 4) 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自殺既遂者の心理社会的特徴. 精神医学 52 (9): 903-907, 2010
 - 5) 赤澤正人, 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
 - 6) 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
 - 7) 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
 - 8) 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.
 - 9) 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
 - 10) 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
 - 11) 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
 - 12) 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
 - 13) 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
 - 14) 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
 - 1) 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
 - 2) 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
 - 3) 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
 - 4) 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
 - 5) 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
 - 6) 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
 - 7) 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
- 8) 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
- 9) 松本俊彦: 嗜癮問題と自傷・自殺. シンポジウム「自殺予防と嗜癮」, 第 21 回日本嗜癮行動学会, 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
- I. 引用文献
- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 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
 - 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
 - 3) Hintikka J, Kontula O, Saarinen P et al.: Debt and suicidal behavior in the Finnish general population. Acta Psychiatr Scand, 98: 493-496.1998
 - 4) 亀山晶子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 負債を抱えた中高年自殺既遂者における心理社会的特徴: 心理学的剖検による検討. 精神医学 52:903-907, 2010
 - 5) 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 51(5): 431-440, 2009
 - 6) 警察庁生活安全局地域課: 平成 21 年中における自殺の概要資料. 2010
 - 7) 厚生労働省: 自殺・うつ対策の経済的便益(自殺やうつによる社会的損失). 2010
 - 8) 内閣府. 平成 22 年版自殺対策白書. 2008
 - 9) 日本司法書士連合会消費者問題対策本地域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ー自殺予防と遺族支援の取組にむけてー. 2009
 - 10) 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, 385-405, 2007
 - 11) 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, 97-131, 2008

表1 自営業者と被雇用者による心理社会的特徴の比較^{注1)}

		自営業者 n=12	被雇用者 n=41	P値
人口動態的変数	性別(男)	11(91.7%)	34(82.9%)	0.67
	平均年齢 ^{注2)}	51.7(SD=13.7)	40.8(SD=12.5)	0.01*
	世代別			0.13
	30歳未満(青少年)	0	7(17.1%)	
	30~64歳(中高年)	10(83.3%)	32(78.0%)	
	65歳以上(高齢者)	2(16.7%)	2(4.9%)	
	婚姻状況			0.10
未婚	1(8.3%)	11(26.8%)		
既婚(再婚含む)	9(75.0%)	29(70.7%)		
離別(離婚・死別)	2(16.7%)	1(2.4%)		
世帯年収 ^{注2, 3)} (万円)	798.4(SD=548.2) (n=10)	596.9(SD=324.4) (n=37)	0.14	
自殺の状況	自殺の方法			0.32
	縊死	8(66.7%)	23(56.1%)	
	飛び降り	0	6(14.6%)	
	入水	0	3(7.3%)	
	薬物	2(16.7%)	1(2.4%)	
	ガス	2(16.7%)	7(17.1%)	
	手段不明	0	1(2.4%)	
自殺時の物質使用			0.07	
アルコールのみ	4(33.3%)	3(7.3%)		
アルコールと向精神薬の併用	0	3(7.3%)		
向精神薬のみ(複数種の服用を含む)	2(16.7%)	8(19.5%)		
解熱・鎮痛剤等とその他の有害物質の併用	0	1(2.4%)		
農薬	1(8.3%)	0		
物質使用なし	5(41.7%)	18(43.9%)		
物質使用状態不明	0	8(19.5%)		
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	3(25.0%)	16(42.9%)	0.50
	親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴あり	7(58.3%)	29(70.7%)	0.49
	失踪歴あり	4(33.3%)	16(39.0%)	1.00
	事故傾性あり	6(50.0%)	28(68.3%)	0.31
死亡前1年間に 見られた社会的問題	死亡前1年間に転職歴あり	0	10(24.4%)	0.09
	死亡前1年間に休職歴あり	1(8.3%)	7(17.1%)	0.67
	死亡前1年間にアルコール関連問題あり	5(41.7%)	12(29.3%)	0.49
	死亡時点に返済困難な借金あり	8(66.7%)	10(24.4%)	0.01*
	多重債務の状態	4[50.0%]	8[80.0%]	
	公共料金の滞納	3[37.5%]	4[40.0%]	
	返済の遅れ	6[75.0%]	5[50.0%]	
借金の問題について専門家への相談	2[25.0%]	1[10.0%]		
自己破産、民事再生などの手続きに関する知識あり	4[50.0%]	7[70.0%]		
死亡前に見られた 医学的問題	死亡前1年間に重症の身体疾患への罹患経験あり	1(8.3%)	7(17.1%)	0.67
	死亡前1ヶ月間に身体の不調あり	7(58.3%)	24(58.5%)	1.00
	死亡前1ヶ月間に睡眠障害あり	7(58.3%)	33(80.5%)	0.14
	精神科受診歴あり	2(16.7%)	22(53.7%)	0.04*

*p<0.05

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を用いた。

注2) 平均年齢、世帯年収の比較には、Student-t 検定を行った。

注3) 世帯年収のnは、欠損値を除いた数値である。

注4) []内の%は死亡時点の返済困難な借金があった人数を母数としている。

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)}

	自営業者	被雇用者	P値
	n=12	n=41	
いずれかの精神障害への罹患人数	12(100%)	37(90.2%)	0.56
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	0	1(2.4%)	1.00
広汎性発達障害	0	1(2.4%)	1.00
せん妄, 認知症, 健忘障害, および 他 の認知障害	1(8.3%)	0	0.23
認知症	1(8.3%)	0	0.23
物質関連障害	5(41.7%)	9(22.0%)	0.26
アルコール使用障害	5(41.7%)	9(22.0%)	0.26
ニコチン依存	0	1(2.4%)	1.00
統合失調症および他の精神病性障害	0	4(9.8%)	0.56
統合失調症	0	4(9.8%)	0.56
気分障害	8(66.7%)	27(65.9%)	1.00
大うつ病性障害	8(66.7%)	22(53.7%)	0.52
気分変調性障害	1(8.3%)	6(14.6%)	1.00
双極Ⅰ型障害	0	1(2.4%)	1.00
双極Ⅱ型障害	0	2(4.9%)	1.00
不安障害	2(16.7%)	7(17.1%)	1.00
全般性不安障害	2(16.7%)	5(12.2%)	0.65
強迫性障害	0	1(2.4%)	1.00
パニック障害	0	2(4.9%)	1.00
身体表現性障害	1(8.3%)	0	0.23
心気症	1(8.3%)	0	0.23
解離性障害	0	1(2.4%)	1.00
摂食障害	0	1(2.4%)	1.00
神経性無食欲症	0	1(2.4%)	1.00
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	0	3(7.3%)	1.00
病的賭博	0	3(7.3%)	1.00
適応障害	2(16.7%)	2(4.9%)	0.22
パーソナリティ障害	0	3(7.3%)	1.00
一人あたりの平均罹患精神障害数 ^{注2)}	1.67	1.56	0.76

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を行った。

注2) 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。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」
分担研究報告書

自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究

(4) 自殺関連行動の経験の有無による自殺既遂者の特徴の分析

研究分担者 松本 俊彦 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 勝又陽太郎 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
赤澤 正人 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
廣川 聖子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
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)
白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター)
竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨:

【目的】生前に自傷行為や自殺未遂といった自殺関連行動を経験していた自殺既遂者の特徴を明らかにし、自殺予防対策における自傷行為を繰り返す者や自殺未遂者への支援方法について検討する。

【方法】心理学的剖検の手法を用いて収集された自殺既遂事例 88 事例を、生前の自傷行為および自殺未遂歴の有無によって「自殺関連行動経験群」と「非自殺関連行動経験群」の 2 群に分け、この 2 群間での心理社会的特徴および精神障害の有病率について比較検討をおこなった。

【結果および考察】自殺関連行動経験群では、大うつ病性障害の診断が認められた者の割合、男性の比率、平均年齢、婚姻歴を有する者の割合がそれぞれ有意に低く、アルコール乱用の診断が認められた者の割合、失踪歴を有する者の割合、睡眠問題を有する者の割合、過去 1 年間の援助希求が認められた者の割合が有意に高いという結果が得られた。また、有意差は認められなかったものの、自殺関連行動経験群では、摂食障害の診断を有した者の割合、薬物を自殺手段として用いた者の割合、過去 1 ヶ月の不注意・無謀な行動を認めた者の割合が高いといった傾向が見られた。

【結論】これらの結果から、自殺関連行動を生前に経験していた自殺既遂者は、若年女性を中心とする生存自殺未遂者と特徴が類似しており、援助希求行動が認められた者は多かったものの、様々な間接的な自己破壊的行動が併存する中で、自殺既遂にまで至った可能性が示唆された。

A. 研究目的

自傷行為や自殺未遂の経験が将来の自殺既遂を予測する重要な危険因子であることは、すでに数多くの先行研究によって示されており³⁾⁵⁾⁷⁾¹¹⁾、自傷行為歴や自殺未遂歴を有する人への適切な援助支援を提供することは自殺予防対策において重要な課題である。

わが国の自殺対策においても、自殺未遂者への支援対策の促進は、自殺対策基本法および自殺総合対策大綱において明記されており、

2008 年の自殺総合対策大綱の一部改正では、自傷行為を繰り返す者への支援対策の促進についても新たに盛り込まれた。しかしながら、自殺予防総合対策センターが毎年実施している「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組状況に関する調査⁴⁾」によれば、各都道府県で実施されている自殺対策事業の中でも、とりわけ自殺未遂者対策や自傷行為を繰り返す者への対策に関しては、他の事業と比べて事業数が極めて少な

い。こうした背景の一つとして、自傷行為や自殺未遂を経験して自殺既遂に至る人とそうした経験を持たないまま自殺していく人との相違点が明らかになっておらず、焦点を絞った具体的な対策が立てられないといったことが影響している可能性が考えられる。

そこで本研究では、心理学的剖検の手法を用いて収集した情報をもとに、生前の自傷行為や自殺未遂経験の有無による自殺既遂事例の精神医学的および心理・社会的特徴に関して比較を行い、生前に自傷行為や自殺未遂を経験した自殺既遂事例の相対的特徴を探索的に検討した。よって、ここでその結果を報告するとともに、自傷行為や自殺未遂の経験を有する人への自殺予防対策について若干の考察をおこないたい。

B. 研究方法

本研究は、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査⁹⁾」から得られたデータをもとに分析を行った。この調査は、全国53の都道府県・政令指定都市において2006年1月1日から2013年3月31日の間に、各地域調査を担当した地域保健従事者が、その家族に接触することができた自殺事例のうち、家族からの同意が得られた事例を対象として実施されている。2010年12月31日現在、計88事例の調査が完了している。この88事例の性別の内訳は、男性64事例、女性24事例であり、平均年齢は41.4歳（標準偏差15.8）であった。

本研究の調査は、自殺者の家族に対して独自に作成された面接票に準拠し、事前にトレーニングを受講した精神科医師と保健師等の2人1組の調査員によって半構造化面接にて実施された。本研究で用いた面接票は、家族構成、死亡状況、生活歴、仕事上の問題、経済的問題、身体疾患、精神障害、援助希求に関する質問から構成されていた⁹⁾。なお、各事例の精神医学的診断は、調査員を務めた精神科医師が調査面接から得られたすべての情報を用いて判断した、DSM-IV¹⁾に準拠した臨床診断である。

本研究の分析では、まず、88の自殺既遂事例を生前の自傷行為または自殺未遂の経験の有無によって「自殺関連行動経験群」と「非自殺関連行動群経験群」の2群に分けた。そのうえで精神障害の有病率、および心理社会的特徴の経験率等に関して2群間で統計的な比較検討を行った。比較分析に用いた変数は、人口動態的変数（性別、年齢、婚姻歴、職業）、自殺の状況（自殺の手段、自殺時の物質使用、死の意図の表出、生前の身辺整理や不注意・無謀な行動）、心理社会的問題（被虐待歴、幼少期の両親との死別、近親者の自殺既遂・未遂、失踪歴、経済的問題、返済困難な借金）、医学的問題（重症身体疾患、不定愁訴、睡眠問題、精神医学的診断）、援助希求行動（過去1年間の援助希求行動と精神科受診）であり、平均年齢の差の検定においてはStudentのt検定を、それ以外の各変数の経験率の比較においてはFisherの直接法（両側5%水準）を用いて検定を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

心理社会的変数に関して、「自殺関連行動経験群」と「非自殺関連行動経験群」の2群間での比率の比較を行った結果を表1に示した。まず、「非自殺関連行動経験群」と比べて「自殺関連行動経験群」では、男性の比率、平均年齢、婚姻歴を有する者の割合が、それぞれ有意に低いという結果が得られた。一方、失踪歴を有する者の割合、睡眠問題を有する者の割合、過去1年間の援助希求が認められた者の割合については、「非自殺関連行動経験群」と比べて、「自殺関連行動経験群」の方が有意に高いという結果が得られた。その他の心理社会的変数に関しては統計的有意差が認められなかったものの、「自殺関連行動経験群」において、薬物を自殺手段として用いた者の割合が高い傾向にあったとともに、過去

1ヶ月の不注意・無謀な行動を認めた者の割合が高いといった傾向が見られた。

次に、2群間での精神障害の有病率を比較した結果を表2に示した。分析の結果、2群間で有病率に統計的有意差が認められた精神障害は、アルコール乱用および大うつ病性障害であり、アルコール乱用に関しては「自殺関連行動経験群」の方が「非自殺関連行動経験群」と比べて有病率が有意に高かったのに対して、大うつ病性障害に関しては、「自殺関連行動経験群」の方が「非自殺関連行動経験群」と比較して有病率が有意に低いという結果が得られた。また、統計的な有意差は認められなかったものの、「自殺関連行動経験群」において、摂食障害の有病率が高いといった傾向が見られた。

D. 考察

本研究の結果、生前に自傷行為や自殺未遂といった自殺関連行動を経験していた自殺既遂者では、生前に自殺関連行動を経験していない自殺既遂者と比較して、婚姻歴を持たない、若い女性が多いといった特徴があることが推察された。こうした人口動態的変数の比較結果からは、生前に自殺関連行動が認められた自殺既遂者の特徴が、生存する自殺未遂者の特徴と類似している可能性が示唆された。

すでに先行研究において、自殺既遂者と生存する自殺未遂者とは母集団の特徴が一部異なることが指摘されており²⁾、生存自殺未遂者では若い女性が多く、罹患している精神障害のパターンも自殺既遂者とは異なることが明らかにされている。また、こうした自殺未遂経験者や自傷行為経験者の特徴として、間接的な自己破壊的行動 (indirect self-destructive behaviors^{8) 10)} が高率に併存することが報告されているが、本研究の結果からは、自殺既遂者に関しても、生前に自殺関連行動が認められた事例では、アルコール乱用、摂食障害、失踪歴、不注意・無謀な行動などの、間接的な自己破壊的行動の経験を持つ者が数多く認められ、この点からも生存自殺未遂者との類

似性が示唆された。本研究の自殺関連行動経験群の中にも、このように様々な自己破壊的行動が積み重なっていく中で、自殺のリスクが高まり、最終的に自殺既遂に至った事例も数多くあった可能性がある。

さらに、自殺関連行動経験群では、自殺既遂の手段として薬物を用いていた者の割合が高かったが、自傷行為や自殺企図を繰り返す者の中には、必ずしも自殺を意図しない過量服薬によって事故か自殺かの区別が不明瞭な死を遂げる場合があることが知られており⁶⁾、本研究における自殺関連行動経験群の事例の中には、こうした事例も含まれていた可能性がある。

以上を踏まえ、自傷行為経験者や自殺未遂者をターゲットとした自殺予防対策においては、様々な次元の自己破壊的行動が重複して自殺のリスクが高まっていく過程に、援助者が丁寧にリスクアセスメントを続けながら関与していける体制を構築していくことが望まれる。

また、本研究では、自殺関連行動経験群では、非自殺関連行動経験群と比べて、精神科医療機関に限らず、多様な援助資源に対する援助希求行動が多く認められていた。もちろん、自傷行為や自殺未遂を繰り返す者の中には、人間関係に不安定さを抱え、ドクターショッピング的に様々な援助機関を渡り歩く者も数多く存在し、本研究の結果にもそれが反映されているのかもしれない。

しかし一方で、この結果を、自殺関連行動を経験した者が、自殺既遂の前に何らかの形で援助機関に顔を見せる存在であると肯定的に捉えることもできる。その意味では、精神科医療機関だけでなく、地域の様々な機関に所属する援助者が、先に述べたような自殺のリスクが高まっていく過程のアセスメントを継続的な援助を続けながら丁寧にいき、適切なケースマネジメントをその都度行っていくことが、自殺関連行動を経験した者の自殺予防対策として重要であろう。

今後の研究では、自殺関連行動を経験した

自殺既遂者と、生存自殺未遂者との比較を行い、自殺既遂に至る要因をさらに検討するとともに、事例の詳細な検討を通じて、自殺に至るまでの時系列の変化やプロセスを明らかにしていく必要がある。

E. 結論

本研究では、生前に自傷行為や自殺未遂といった自殺関連行動を経験していた自殺既遂者の特徴を、生前に自殺関連行動を行っていなかった自殺既遂者との比較によって探索的に検討し、自殺予防対策における自傷行為を繰り返す者や自殺未遂者への支援方法について考察をおこなった。

本研究の結果、生前に自殺関連行動を経験していた自殺既遂者は、若年の女性が多く、様々な間接的な自己破壊的行動を呈していた。また、生前に自己破壊的行動が認められなかった自殺既遂事例と比較して、援助希求行動を行っていた事例も多く、精神科医療機関だけでなく、地域の様々な相談機関において、援助者が自己破壊的な行動のリスクアセスメントを適切に行っていく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

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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自殺既遂者の心理社会的特徴. 精神医学 52 (9): 903-907, 2010
- 5) 赤澤正人, 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
- 6) Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Akazawa M, Hirokawa S, Takeshima T: School problems and suicide in Japanese young people. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64(2): 214-215, 2010
- 7) 勝又陽太郎: 若年自殺既遂者の心理社会的特徴と予防対策. 日本社会精神医学会雑誌, 19(1): 58-62, 2010
- 8) 勝又陽太郎, 竹島正: 心理学的剖検 臨床精神医学, 39: 1425-1429, 2010
- 9) 勝又陽太郎: 自殺予防対策の発展に向けて～心理学的剖検の実践 週刊医学界新聞, 2906: 6, 2010.
- 10) 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
- 11) 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
- 12) 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.
- 13) 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
- 14) 松本俊彦: 自傷と自殺～「死にたいから

- 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
- 15) 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
 - 16) 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
 - 17) 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
 - 18) 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
- 1) 勝又陽太郎: 心理学的剖検における自死
遺族との出会い. 日本心理臨床学会第 29
回秋季大会, 自主シンポジウム, 2010. 9.
3, 仙台
 - 2) 勝又陽太郎: 心理学的剖検の実践から考
える自殺の実態分析と自殺予防対策. シ
ンポジウム I 「根拠ある自殺予防対策の
推進のために—若手研究者の提言—」. 第
34 回日本自殺予防学会, 2010. 9. 9, 東京
 - 3) 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
 - 4) 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
 - 5) 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
 - 6) 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
 - 7) 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
 - 8) 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
 - 9) 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
 - 10) 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
 - 11) 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
- I. 参考・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) Beautrais AL: Suicides and serious suicide
attempts: two populations or one? Psychological
medicine, 31, 837-845, 2001
 - 3) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et
al: Psychological autopsy studies of suicide: a
systematic review. Psychological medicine,
33, 395-405, 2003

- 4) 自殺予防総合対策センター: 「都道府県・政令指定市における自殺対策及び自死遺族支援の取組状況に関する調査 報告書, 2010
- 5) Mann JJ: A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of internal medicine*, 136, 302-311, 2002
- 6) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助「故意に自分の健康を害する」若者たち. 日本評論社, 東京, 2009
- 7) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Systematic review. British journal of psychiatry*, 181, 193-199, 2002
- 8) Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *American journal of psychiatry*, 140, 867-872, 1983
- 9) 竹島正, 木谷雅彦, 松本俊彦, 他: 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」面接票の構成と内容. 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 (主任研究者: 加我牧子)」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, pp17-27, 2008
- 10) Walsh BW: *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. The Guilford Press, New York, 2005 (松本俊彦・山口亜希子・小林桜児 (訳) 自傷行為治療ガイド. 金剛出版, 東京, 2007)
- 11) Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K: Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13, 243-256, 2008

表1. 自殺関連行動の経験の有無による各変数の比較

		自殺関連行動経験群 n=34	非自殺関連行動経験群 n=54	p値
人口動態的変数	性別(男)	18 (52.9%)	46 (85.2%)	0.001
	平均年齢	33.5 (SD=12.5)	46.4 (SD=15.8)	< 0.001
	婚姻歴	16 (47.1%)	38 (70.4%)	0.043
	死亡時の職業(有職者)	19 (55.9%)	34 (63.0%)	0.655
主たる自殺の手段				
自殺の状況	縊死	19 (55.9%)	30 (55.6%)	
	飛び降り	3 (8.8%)	10 (18.5%)	
	入水	0 (0.0%)	3 (5.6%)	0.273
	薬物	5 (14.7%)	2 (3.7%)	
	ガス	6 (17.6%)	6 (11.1%)	
	その他の手段	1 (2.9%)	2 (3.7%)	
	手段不明	0 (0.0%)	1 (1.9%)	
	自殺時の物質使用	18 (52.9%)	19 (35.8%)	0.123
	過去1ヶ月の死の意図の表出	20 (58.8%)	29 (53.7%)	0.666
	過去1ヶ月の身辺整理	18 (52.9%)	21 (38.9%)	0.271
過去1ヶ月の不注意・無謀な行動	25 (73.5%)	29 (53.7%)	0.075	
心理社会的問題	幼少期の被虐待歴	4 (11.8%)	6 (11.1%)	1.000
	幼少期の両親との離別	7 (20.6%)	8 (14.8%)	0.565
	近親者の自殺既遂・未遂	21 (61.8%)	32 (59.3%)	1.000
	失踪歴	15 (44.1%)	11 (20.4%)	0.030
	経済的問題	11 (32.4%)	16 (29.6%)	0.816
	死亡前1年間の返済困難な借金	7 (20.6%)	12 (22.2%)	1.000
医学的問題	重症身体疾患	5 (14.7%)	15 (27.8%)	0.196
	不定愁訴	16 (47.1%)	33 (62.3%)	0.271
	睡眠問題	31 (91.2%)	38 (70.4%)	0.032
援助希求行動	過去1年間の援助希求	27 (79.4%)	25 (46.3%)	0.003
	過去1年間の精神科受診	14 (41.2%)	17 (31.5%)	0.370

表2. 自殺関連行動の有無による死亡時の精神障害の比較(合併を含む)

		自殺関連行動経験群 n=32	非自殺関連行動経験群 n=54	p値
いずれかの精神障害への罹患人数		29 (90.6%)	48 (88.9%)	0.743
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 (3.1%)	1 (1.9%)	1.000
広汎性発達障害		1 (3.1%)	0 (0.0%)	0.386
精神遅滞		0 (0.0%)	1 (1.9%)	1.000
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害		1 (3.1%)	0 (0.0%)	0.386
認知症		1 (3.1%)	0 (0.0%)	0.386
物質関連障害		10 (31.3%)	8 (14.8%)	0.112
アルコール依存		4 (12.5%)	6 (11.1%)	1.000
アルコール乱用		5 (15.6%)	1 (1.9%)	0.030
薬物(アルコール以外の物質)依存		1 (3.1%)	1 (1.9%)	1.000
ニコチン依存		0 (0.0%)	1 (1.9%)	1.000
統合失調症および他の精神病性障害		7 (21.9%)	4 (7.4%)	0.098
統合失調症		6 (18.8%)	3 (5.6%)	0.083
気分障害		19 (59.4%)	35 (64.8%)	0.501
大うつ病性障害		13 (40.6%)	33 (61.1%)	0.049
気分変調性障害		6 (18.8%)	7 (13.0%)	0.553
双極Ⅰ型障害		2 (6.3%)	0 (0.0%)	0.147
双極Ⅱ型障害		1 (3.1%)	1 (1.9%)	1.000
不安障害		5 (15.6%)	6 (11.1%)	0.743
全般性不安障害		4 (12.5%)	4 (7.4%)	0.706
強迫性障害		1 (3.1%)	1 (1.9%)	1.000
パニック障害		0 (0.0%)	3 (5.6%)	0.281
身体表現性障害		0 (0.0%)	1 (1.9%)	1.000
心気症		0 (0.0%)	1 (1.9%)	1.000
解離性障害		1 (3.1%)	0 (0.0%)	0.386
摂食障害		3 (9.4%)	0 (0.0%)	0.055
神経性無食欲症		2 (6.3%)	0 (0.0%)	0.147
神経性大食症		1 (3.1%)	0 (0.0%)	0.386
他のどこにも分類されない衝動制御の障害		1 (3.1%)	2 (3.7%)	1.000
病的賭博		1 (3.1%)	2 (3.7%)	1.000
適応障害		3 (9.4%)	3 (5.6%)	0.673
パーソナリティ障害		5 (15.6%)	2 (3.7%)	0.103

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=86とした
なお、この2名ともが自殺関連行動群であった

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」
分担研究報告書

自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究
(5) 精神科治療の有無からみた検討

研究分担者 松本 俊彦 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 廣川 聖子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
勝又陽太郎 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
赤澤 正人 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
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)
白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター)
竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究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 2010 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 88 事例について、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】自殺既遂者における精神科受診者は、48 事例 (54.5%) であった。受診群で女性が多く、また 39 歳以下の者が 66.7% を占めており、非受診群に比べ有意に若年であった。また、受診群のうち 45.8% 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、54.2% 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 (88.4%) であったが、受診群で統合失調症の割合が 19.1% と非受診群に比べ高く、非受診群では適応障害が 15.4% と高いという点で有意差がみられた。受診群の精神科受療状況をみると、87.5% が死亡前 1 ヶ月内という自殺の直前に受診をしていた。さらに、受診群を男女で比較すると、女性で有意に若年であり (平均年齢 32.1 歳 ; SD=13.1)、また死亡前の自傷・自殺未遂歴については女性患者において 70% 以上の経験率を有していた。

【結論】今後の自殺対策の方向性として、若年成人への対策、特に、統合失調症に罹患した者への対策、精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策、さらに自傷行為がみられる女性患者への対策を講じる必要性があると考えられた。

A. 研究目的

わが国の年間自殺者数は、1998 年以降急増し 3 万人を超え、その水準のまま推移している。自殺の背景には経済・生活問題などの様々な要因が関係しているといわれているが、最も重要な危険因子の 1 つは、精神疾患の存在

である。過去数十年にわたり、自殺研究においては自殺と精神疾患の関連に焦点が置かれており、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、その多くが必要な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、従来の自殺対策においては、自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につなぐかが重要な課題とされてきた。

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

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」²⁸⁾において、調査面接が終了し調査センターに面接票が届けられた88事例を対象とし、そのうち「死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診行動がみられた者（以下受診群）」に特に着目して分析を行った。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、88事例が死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、関東・信越地域が33名(37.5%)、次いで東海北陸・近畿地域が28名(31.8%)、北海道・東北地域が13名(14.8%)、中国・四国地域が8名(9.1%)、九州地域が6名(6.8%)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・中部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、受診群と非受診群の2群間で比較を行った。比較に用いた変数は、高橋によって指摘されている²⁷⁾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（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-IV¹⁾に準拠した精神医学的診断である。なお、精神医学的診断に係る分析については、88事例のうち精神科医の判断がつかなかった2事例は除外し分析を行った。

さらに、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、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。

（倫理面への配慮）

本研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。

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

対象となった88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(受診群)は48名(54.5%)、非受診者(非受診群)は40名(45.5%)であった。

性別については両群間で有意差がみられ、受診群で女性が多く認められた。

平均年齢は受診群で37.7歳(SD=14.0)で、非受診群の平均年齢45.8歳(SD=16.8)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)の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66.7%とその大半を占めていた。

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。かかりつけ医については受診群で有意に多くその存在が認められており、また、死亡前1年間における持続した身体的不調の訴えは両群とも約半数から聞かれていたにもかかわらず、その症状について医療機関を受診していた者は精神科受診群で有意に多く認められていた。

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を経験していた。

3) 社会的背景

被虐待体験や親との離別経験、死亡前1年間の離婚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。また、職業に関する比較では、死亡前1年間の転職・休職の経験では差は認められなかったが、非受診群の方で有職者が多く、受診群ではその半数が死亡時に無職であったという点で有意差が認められた。

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86事例のうち、77名(89.5%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していたと推測された。最も多く見られた診断名は気分障害であり、全対象者の62.8%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($p<0.01$)、また非受診群では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($p<0.01$)。

3. 精神科受診に関する状況 (表3)

自殺事例88名のうち、受診群48名の受療状況について整理した。

1) 最終受診から自殺までの期間

受診群48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32名(84.2%)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19名(39.6%)、受診から1ヶ月以内の者が23名(47.9%)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) 精神医学的治療の内容

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39名(81.3%)であり、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12名(25.5%)であった。さらに、受診群48名中10名(20.8%)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10名のうち、4名は死亡前半年以内に入院を経験していた。

4. 精神科受診群における性別による比較 (表4)

受診群 48 名において、男女間にて、上述した自殺既遂事例 88 例と同じ、心理社会的特徴、精神医学的診断、精神科受療状況に関して比較を行った。なお、表 4 には、比較を行った全ての変数のなかで、有意差がみられた項目を中心に主要な変数に関する結果を提示した。

心理社会的特徴について、受診群においては男性に比べ女性で有意に若年であり、その平均年齢は 32.1 歳 (SD=13.1) であり、年齢層を分けてみると、女性ではその 80% 近くが 30 代以下の若年群に属していた。自殺時の向精神薬の過量摂取に関しては男女ともに高く、使用薬物の種別においても相違は認められなかった。男女間で特に相違がみられたのは、自殺既遂以前の自傷・自殺未遂経験の有無であり、女性の精神科患者における経験率は 73.3% と、有意に高いものであった。

なお、精神医学的診断については男女間での相違はみられなかった。

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 88 名のうち、77 名 (89.5%) 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、48 名 (54.5%) 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⁵⁷⁾、しかし死亡前 1 年間の精神科受診率については、国内外の著名な先行研究ではいずれも 40% に満たないものであり³⁾⁶⁾¹⁰⁾¹⁸⁾、われわれの結果とは一致していない。医療保険制度や GP 制度など、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。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¹³⁾、同居家族が存在する方が精神科受診につながり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、東京都内で実施された二つの先行研究⁸⁾²⁹⁾においては、死亡前の精神科受療率はそれぞれ 46%、54% と高く、われわれの結果を支持する知見が示されている。本研究の対象も、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く、居住地域の特徴が反映した結果である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 倍近くに増えており¹⁶⁾、つまり、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。

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

1) 非受診者との比較による精神科受診者の特徴

本研究では、特に若年層で精神科受診率が高く、このことは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少なく精神科受診率も高いという、Luoma¹⁹⁾の指摘と一致している。

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