

たらなかった。

D. 考察

1. 精神科医療機関で経験している自殺の現状

今回は主に、推計自殺発生率及び既遂までの期間を含めた精神科医療機関で経験する自殺の特徴について考察する。

年間推定自殺発生率は、平成12年度に日本精神科病院協会で実施した報告によると、通院140.1、入院152.3³⁾であり、今回の調査結果と同様に一般住民と比較しても高い水準であった。今回は、月平均患者数を対象集団の観察人年として代用し、年間を通じて毎月同程度の患者が通院あるいは入院していると仮定して算出したため、得られた推定自殺発生率の値に誤差が生じている可能性があるものの、精神科医療機関において、自殺のハイリスク群を対象に診療を行っている状況がうかがえた。

自殺事例については、通院、入院いずれも診療期間が1年以上の割合が6割以上であり、既遂までの期間は、通院では前回受診から1か月以内に9割近くが、入院では入院後1か月以内に3割以上が既遂に至っていた。わが国で報告された心理学的剖検の結果³⁾でも、最終受診日から1か月以内に85%が既遂に至っており、今回と同様の結果であった。このことから精神科で経験する自殺の特徴として、比較的継続的な治療関係を持っている中でも自殺が発生していることがあげられる。自殺のリスクアセスメントは容易ではないとしても、聞き取り調査で把握した取組にあるような工夫による自殺予防の可能性が示唆された。また、医療機関によっては、予約日に受診しなかった場合に外来から確認の電話を入れる、といった取組を行っている施設も聞き取り調査によって把握された。このような電話での状況確認などのきめ細やかなフォローアップ体制整備が広がれば、既遂に至る前に何らかの介入することができ、結果的に自殺予防につながる可能性もあると考えられた。

2. 自殺予防に役立っていると考えられる取組

今回の聞き取り調査において把握された取組には、これまで医療機関において自殺予防

として取り組みが進められてきた建物・設備の整備、自殺予防に関連した研修等の職員教育のほか、院内の体制づくりがあった。各施設とも、それぞれの施設の特徴、例えば、施設規模、設置主体、患者層、地域特性などを活かした取組となっており、その取組を定着させるまでのプロセスや、取組の背景を紹介することによって、より多くの施設でさらに効果的かつ個別的な自殺予防の取組を進めることにつながる可能性があると考えられた。

3. 心理学的剖検調査に係る医療機関との連携システムの構築

心理学的剖検実施拡大のための新たな切り口として、精神科医療機関と連携しての実施体制整備の可能性について検討するために、2施設においてその試行を行った。

結果として、調査実施への協力は可能性があると考えられるものの、自死遺族への、または遺族からのアクセスに困難があり、調査対象を得ることは困難であることが明らかになった。自死遺族、特に精神科治療を受けていた死亡事例の遺族は、その後精神科を訪れることに抵抗も強く、医療機関においても、積極的に遺族に心理学的剖検への協力を働きかけることは難しかった。また聞き取り調査において、医療機関で遺族の支援を行うということ自体、医療機関の役割を超えているとの声も聞かれた。自殺事例の発生が年間数例の精神科医療機関においては、遺族との接触の機会をきわめて乏しく、精神科医療機関を調査の基盤とすることは効果的でなく、今後は東京都監察医務院や救命救急センターといった自死遺族との接触頻度の高い機関を拠点とした体制整備を図ることが現実的であると考えられた。

E. 結論

平成22年度に全国の1,407の精神科医療機関を対象として実施した質問紙調査の結果に基づき、1. 精神科医療機関における自殺発生率ならびに医療機関が経験する自殺の実態把握のための分析、2. 精神科医療機関で取組

まれている自殺予防に役立っている取組についての聞き取り調査、3. 心理学的剖検調査に係る医療機関との連携システムの構築の情報収集と試行を行った。推定自殺発生率は通院100.5、入院154.5であり、精神科医療の場は自殺予防の取組を進める上で重要な場であることが明らかになった。また精神科医療で経験される自殺は、比較的継続的な治療関係を持っている事例として特徴づけられ、リスクアセスメントの方法や、受診が途切れた際のフォローアップ体制の整備等が自殺予防に役立つ可能性が示唆された。医療機関における取組について広く周知を図るなど、専門家への情報提供を強化していく必要がある。

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

大類真嗣,廣川聖子,立森久照,川野健治,森隆夫,秋田宏弥,竹島正. 精神科医療の場で経験している自殺の現状について. 第31回日本社会精神医学会総会, 2012.3.15,東京

H. 知的財産権の出題・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. 参考文献

- 1) 杉田多喜男. 精神科医療における自殺とその予防対策: 日本精神科病院協会会員病院の自殺実態調査から. 日本精神科病院協会雑誌, 20(5):452-482.
- 2) 内閣府. 平成21年版自殺対策白書. 内閣府, 2009.
- 3) 厚生労働省. 平成20年患者調査. 厚生労働省大臣官房統計情報部, 2010.

表1 精神科医療機関での自殺者の基本属性

		通院		入院	
性別	男性	187	57.7%	69	63.3%
	女性	137	42.3%	49	36.7%
	合計	324	100.0%	109	100.0%
年代	20歳未満	10	3.1%	0	0.0%
	20歳代	55	17.1%	12	11.0%
	30歳代	79	24.6%	23	21.1%
	40歳代	56	17.4%	19	17.4%
	50歳代	54	16.8%	25	22.9%
	60歳代	41	12.8%	16	14.7%
	70歳代	19	5.9%	10	9.2%
	80歳以上	7	2.2%	4	3.7%
	合計	321	100.0%	109	100.0%
診断	F0	1	0.3%	2	1.9%
	F1	24	7.5%	9	8.4%
	F2	124	38.8%	50	46.7%
	F3	118	36.9%	39	36.4%
	F4	28	8.8%	4	3.7%
	F5	2	0.6%	1	0.9%
	F6	17	5.3%	1	0.9%
	F7	1	0.3%	0	0.0%
	不明	5	1.6%	1	0.9%
	合計	320	100.0%	107	100.0%
入院 形態	任意	-	-	65	60.7%
	医療保護 措置	-	-	37	34.6%
	その他	-	-	4	3.7%
	合計	-	-	107	100.0%
手段	縊首	124	39.2%	57	52.3%
	服薬	13	4.1%	2	1.0%
	練炭	12	3.8%	0	0.0%
	焼身	10	3.2%	0	0.0%
	入水	15	4.7%	10	9.2%
	飛降り	42	13.3%	27	24.8%
	飛込み	18	5.7%	5	4.6%
	その他	42	13.3%	8	7.3%
	不明	40	12.7%	0	0.0%
	合計	316	100.0%	109	100.0%

		通院		入院	
情報入手先 (複数回答)	警察	207	63.9%	-	-
	家族	106	32.7%	-	-
	他医療機関	9	2.8%	-	-
	他患者	4	1.2%	-	-
	その他	30	9.3%	-	-
病状安定度	安定	69	21.7%	16	15.1%
	不安定	199	62.6%	66	62.3%
	どちらでもない	22	6.9%	21	19.8%
	不明	28	8.8%	3	2.8%
	合計	318	100.0%	106	100.0%
治療 コンプライアンス	良かった	161	50.9%	50	46.7%
	悪かった	55	17.4%	23	21.5%
	どちらでもない	54	17.1%	25	23.4%
家庭状況	変化した	84	26.6%	17	15.9%
	変化なし	159	50.3%	79	73.8%
	どちらでもない	24	7.6%	4	3.7%
身体的 健康問題	あった	76	24.1%	20	18.7%
	なかった	181	57.3%	79	73.8%
	どちらでもない	16	5.1%	2	1.8%
経済問題	あった	81	25.6%	17	16.0%
	なかった	137	43.4%	63	59.4%
	どちらでもない	28	8.9%	9	8.5%
仕事上 の問題	あった	65	20.7%	13	12.4%
	なかった	152	48.4%	61	58.1%
	どちらでもない	35	11.1%	15	14.3%
ソーシャル サポート	良かった	66	21.1%	30	28.6%
	悪かった	49	15.7%	13	12.4%
	どちらでもない	99	31.7%	46	43.8%
不明	不明	98	31.4%	16	15.2%
	合計	312	100.0%	105	100.0%

*診断：F0 器質性、F1 精神作用物質、F2 統合失調症圏、F3 気分障害、F4 神経症圏、
F5 生理的・身体的要因に関連した行動症候群、F6 パーソナリティ障害、F7 精神遅滞

表2-1 精神科医療機関での自殺者の状況(自殺念慮・未遂の有無)

		通院		入院	
自殺	あった	139	45.1%	56	52.3%
念慮	なかった	131	42.5%	42	39.3%
	不明	38	12.3%	9	8.4%
合計		308	100.0%	107	100.0%
自殺	あった	91	29.4%	33	30.8%
未遂	なかった	183	59.2%	68	63.6%
	不明	35	11.3%	6	5.6%
合計		309	100.0%	107	100.0%

*診断：F1 精神作用物質、F2 統合失調症圏、F3 気分障害、
F4 神経症圏、F6 パーソナリティ障害

表2-2 精神科医療機関での自殺者の状況(自殺念慮と診断)

		自殺念慮 (+)		自殺念慮 (-)	
通院	F1	13	56.5%	10	43.5%
	F2	47	44.3%	59	55.7%
	F3	53	55.2%	43	44.8%
	F4	9	37.5%	15	62.5%
	F6	13	100.0%	0	0.0%
	その他	5	62.5%	3	37.5%
合計		139	51.7%	130	48.3%
入院	F1	4	57.1%	3	42.9%
	F2	19	40.4%	28	59.6%
	F3	26	74.3%	9	25.7%
	F4	2	66.7%	1	33.3%
	F6	1	100.0%	0	0.0%
	その他	2	66.7%	1	33.3%
合計		54	56.3%	42	43.8%

表3 精神科医療機関における自殺者の既遂までの期間

		通院		入院	
既遂	1週間以内	146	49.0%	16	14.8%
までの	1か月以内	113	37.9%	18	16.7%
	3ヶ月以内	20	6.7%	26	24.1%
	6か月以内	8	2.7%	8	7.4%
	1年以内	4	1.3%	13	12.0%
	1年以上	7	2.3%	27	25.0%
	合計		298	100.0%	108

* 通院：最終受診日から既遂日までの期間、入院：入院日から既遂日までの期間

(再掲：自殺念慮の有無別との比較)

		自殺念慮 (+)		自殺念慮 (-)		p値	
通院	1週間以内	69	52.3%	58	46.8%		0.024
	1か月以内	44	33.3%	54	43.5%		
	3ヶ月以内	8	6.1%	9	7.3%		
	6か月以内	4	3.0%	2	1.6%		
	1年以内	3	2.3%	0	0.0%		
	1年以上	4	3.0%	1	0.8%		
	合計		132	100.0%	124	100.0%	
	入院	1週間以内	11	19.6%	4	9.5%	
1か月以内		11	19.6%	6	14.3%		
3ヶ月以内		15	26.8%	11	26.2%		
6か月以内		4	7.1%	4	9.5%		
1年以内		6	10.7%	6	14.3%		
1年以上		9	16.1%	11	26.2%		
合計		56	100.0%	42	100.0%		

(再掲：F2・F3との比較)

		F2 統合失調症圏		F3 気分障害		p値	
通院	1週間以内	54	47.8%	53	49.1%		0.329
	1か月以内	46	40.7%	42	38.9%		
	3ヶ月以内	9	8.0%	5	4.6%		
	6か月以内	1	0.9%	4	3.7%		
	1年以内	3	2.7%	0	0.0%		
	1年以上	0	0.0%	4	3.7%		
	合計		113	100.0%	108	100.0%	
	入院	1週間以内	3	6.0%	12	31.6%	
1か月以内		9	18.0%	6	15.8%		
3ヶ月以内		10	20.0%	10	26.3%		
6か月以内		3	6.0%	1	2.6%		
1年以内		7	14.0%	5	13.2%		
1年以上		18	36.0%	4	10.5%		
合計		50	100.0%	38	100.0%		

表4 精神科医療機関における自殺者の診療期間

		通院		入院	
診療期間	1週間以内	28	9.0%	7	6.7%
	1か月以内	13	4.2%	7	6.7%
	3ヶ月以内	22	7.1%	14	13.5%
	6か月以内	21	6.8%	3	2.9%
	1年以内	24	7.7%	5	4.8%
	1年以上	203	65.3%	68	65.4%
	合計	311	100.0%	104	100.0%

* 通院：初診日から最終受診日までの期間、入院：初診日から既遂日までの期間

(再掲：自殺念慮の有無別との比較)

		自殺念慮 (+)		自殺念慮 (-)		p値
通院	1週間以内	15	11.0%	7	5.4%	
	1か月以内	10	7.4%	1	0.8%	
	3ヶ月以内	12	8.8%	8	6.2%	
	6か月以内	8	5.9%	12	9.2%	
	1年以内	15	11.0%	6	4.6%	
	1年以上	76	55.9%	96	73.8%	
	合計	136	100.0%	130	100.0%	0.003
入院	1週間以内	6	10.7%	1	2.5%	
	1か月以内	5	8.9%	2	5.0%	
	3ヶ月以内	10	17.9%	4	10.0%	
	6か月以内	2	3.6%	1	2.5%	
	1年以内	3	5.4%	2	5.0%	
	1年以上	30	53.6%	30	75.0%	

(再掲：F2・F3との比較)

		F2 統合失調症		F3 気分障害		p値
通院	1週間以内	8	7.7%	8	8.4%	
	1か月以内	7	6.7%	2	2.1%	
	3ヶ月以内	2	1.9%	12	12.6%	
	6か月以内	6	5.8%	7	7.4%	
	1年以内	7	6.7%	3	3.2%	
	1年以上	74	71.2%	63	66.3%	
	合計	104	100.0%	95	100.0%	0.033
入院	1週間以内	1	2.2%	5	14.7%	
	1か月以内	1	2.2%	3	8.8%	
	3ヶ月以内	2	4.3%	8	23.5%	
	6か月以内	1	2.2%	0	0.0%	
	1年以内	2	4.3%	3	8.8%	
	1年以上	39	84.8%	15	44.1%	

表5 精神科医療機関における自殺予防に役立つと考えられる取り組み概要

<p>【救命救急センターとの連携による未遂者支援】</p> <p>同一機関内の救命救急センターとの連携例として、G大学病院では、通常の一般診療科への精神科リエゾンチームとは別に、精神科医3～4名による救命救急センターへの自殺関連行動専門リエゾンチーム（以下、自殺リエゾン）が機能し、救急搬送された自殺未遂者の精神科治療ならびに個人が抱える社会的問題への介入を積極的に行っている。未遂者搬送の有無に関わらず、1日1回は救命救急センターを訪れるなど積極的に精神科医の側から救急の医師、コメディカルに働きかけ、自殺未遂者は自殺のハイリスク者であるという共通認識を得ながら、搬送された未遂者の支援システムを整備してきた。自殺リエゾンは電子カルテで搬送者の情報を確認し、チームが自殺企図疑いと判断すれば救急からの依頼がなくとも往診する。搬送時に精神科通院歴が把握できた者は通院先に連絡し状況を説明、また通院歴がなく支援に乏しい例では身体的な処置が済み帰宅が可能な場合でも精神科への入院を勧める。搬送時の複雑な状況および短い時間内ではその個人がどのような問題を抱え自殺企図に至ったのかを把握することは困難であり、自殺リスクが軽減されぬまま地域に帰すこととなる危険性を考えての対応である。現状では搬送される未遂者の半数以上が入院しており、法的な支援が必要な例も含め、入院中に個別性に合わせたケアマネジメントが行われる。入院を拒否するケースでも2ヶ月～半年は外来でフォローし、適宜ケアマネジメントも行う。また、救急搬送され未遂者として事例化した時点で家族にも支援を開始し、本人の主治医とは別に家族にも精神科主治医を立てフォローするようにしている。これは未遂者と同様、その家族もハイリスク者であり、介入が自殺予防に役立つとの考えに基づいている。</p>
<p>【他専門家との連携（司法書士会・弁護士会との連携による未遂者支援）】</p> <p>G大学病院では、自殺企図により救命救急センターに搬送された未遂者を入院により一旦保護し、その間に必要なケースには司法書士会・弁護士会の協力を得て法的な支援を行う。司法書士会との関係は、平成18年から行われている“ベッドサイド法律相談”より以前から実施されており、司法書士会側の“自殺予防のために何かできないか”との精神保健福祉センターへの問い合わせから自殺対策協議会（1回/2ヶ月開催）のメンバーとなり、それが契機となり取組が始まった。自殺に関する研修を受け専門的な知識を持った司法書士が交代で病院へ出向く仕組みであり、法的な問題があるケースについて司法書士会に連絡すると、2日以内には病院にアウトリーチしてくれ、費用は支払い能力がない例では無償（司法書士会負担）で対応している。なお、家族問題や暴力団が関与する借金トラブルがある例では弁護士が介入する仕組みとなっている。</p>
<p>【地域関連機関との連携（保健師、行政、一般診療科との連携による未遂者支援）】</p> <p>B精神医療センターでは、希死念慮が強まっている人を緊急的に保護できるストレスケア病床を2床確保しており、他救急医療センターに搬送された未遂者の後方支援も行っている。保健所とは日常的に十分に連携体制をとっており、保健師による自殺企図者も含めた入院・通院時のつきそいや、退院前後での病院・家庭訪問なども積極的に行われている。センターが設置されている市は現状1市管轄（人口40万人）であること、独立行政法人化以前はセンターと保健所でも職員の異動があり顔が見える関係性があることなども、連携に効果的に影響している。</p>
<p>【院外保険薬局との連携によるハイリスク者への対応】</p> <p>H病院では、過量服薬の可能性が高い通院患者については、家族以外の者に薬を渡すことがないよう地域の保険薬局に電話連絡をするなどの取り組みをしている。薬局側からも本人の様子がおかしい時には連絡が入る関係ができており、また対応についての相談を受けることもある。この方法が奏功しているのは、H病院の通院患者の7割が自立支援医療利用者であり、利用薬局が固定していることが大きい。薬局協会等の組織を通じて地域の全薬局に一斉依頼、等の大掛かりな方法ではなく、1対1のつながりによる連携が成り立っており、顔が見える関係を築き維持することによる取り組みが効果を呈している。また、会計事務においても、ハイリスク者の場合には本人には処方箋を渡さず必ず家族に渡す、など、主治医からの指示に基づき対応を統一している。なお、独居者や家族の協力が得難い場合には、1回の処方量を1週間分にする、リスクの少ない薬にする、など、量を少なく処方し細かに受診してもらうといった工夫をしている。</p>
<p>【外来通院患者へのフォローアップ体制の強化（ケアマネジメント・アウトリーチ支援の充実、自治体内での人事交流による外来スタッフとしての保健師の配置）】</p> <p>B精神医療センターでは、退院前訪問や入院中のケアマネジメントを手厚く実施し、退院後に支援が途切れてしまうこと、患者が地域で孤立してしまうことを防いでいる。退院前訪問は、患者の個別性に合わせ、病棟看護師、精神保健福祉士、医師、（退院後利用の）訪問看護ステーション看護師、保健所保健師等が様々なバリエーションで組み合わせられ、回数も限定しない。これは診療報酬がつかない例についても必要に応じて実施されている。また、入院中の十分なケアマネジメントにより退院後の支援体制が手厚く組まれた状態で地域に戻ることができ、シームレスな地域連携医療の実現が自殺予防にも効果を及ぼしている。</p> <p>一方、D精神医療センターでは、公立の医療機関であるという点を活かし、外来スタッフに自治体保健師を配置し（自治体内での人事交流）、保健師が精神科外来・保健所それぞれでの経験を効果的に地域医療に反映させることを意図した配置となっている。午前中に外来診療につき、午後は各自受け持ち外来患者の訪問に出掛ける。県保健所の精神担当保健師部門が病院に出向しているようなユニークな体制をとっており、精神保健福祉士と連携しながら地域各種資源につなげていく支援を行っている。</p> <p>また、D精神医療センター、H病院では、予約日に受診しない患者には電話で状況を確認するという体制をとっている。基本は単身者が対象であり、電話をしても出ない時には複数名で訪問することもある。訪問以外では、通院患者のフォローアップシステムとして、診療報酬に関係なく24時間の電話対応をアナウンスし、患者の不安感を軽減させることに努めている施設も多く見受けられた。</p>

【情報管理システムの整備（イントラネット・院内メールの活用）】

B精神医療センターでは、自殺予防に関しては医療安全管理室が主となった体制がとられており、自殺関連行動を含めた事故発生時の情報管理システムが整備されている。自殺未遂・既遂が発生した際、発生時の状況について、場所、使用物品、方法等が具体的に把握できるよう再現されたものが写真に収められ、A4用紙1枚程度のインシデントレポートと共に発生から早い段階でイントラネットに掲載される。また、院内で発生した自殺については情報を一元化しデータベース化されており、適宜分析を行い実態把握がなされている。職員全員が正確な情報を共有できるような積極的な情報公開システムの整備が、自殺予防に効果をもたらしていると考えられた。

また、I病院では、自殺が発生した際、警察や保健所への報告のためまとめた状況記録に基づき、院内メールにより全職員に事実関係について情報開示している。これは、正確な情報を迅速に共有することで、各自が自殺予防対策の意識を高め、具体的な対策案を検討することを促す効果と併せ、自殺に遭遇したスタッフ、例えば当日勤務していた看護師等を流言飛語による被害から守ることを目的としている。これは、当事者スタッフ・関係者が2重の心理的外傷を受けることを防ぎ、また院内で自殺について適正に扱う体制づくりへの取り組みと言え、自殺の1次予防として効果的であると考えられた。

【自殺予防に効果的があると考えられる治療構造・治療環境の設定（アルコール専門クリニックの例）】

Cクリニックはアルコール専門のクリニックとして、地域で生活するアルコール関連障害の患者とその家族を支えている。アルコール依存症者は喪失や自尊心の低下、孤立感から再飲酒や治療からの脱落に移行しやすく、また自殺のリスクも高い。そこでCクリニックでは治療開始後1ヶ月は毎日の通院を原則とし、また自治体の実施の断酒会への参加を前提とした、密な治療構造がとられている。家族がいる者についてはクリニック主催の家族会等への参加を勧めており、家族にも疾患についての理解を深めてもらい、また家族が孤立することも防いでいる。診療の中で主治医がうつ傾向や希死念慮の存在を把握した場合には、ケースワーカーがSDS (Self-rating Depression Scale) や面談を実施するなど、早期発見・介入といったリスク・マネジメントが意識されている。スタッフ間の情報共有も密に行われ、全患者について、スタッフカンファレンスにより病識の程度、飲酒の有無、自助グループへの参加状況等を確認し、全職種間で同じ情報を共有して支援にあたる。自殺事例に関しては、毎週各部署の代表者（医師、看護師、ケースワーカー、栄養士、受付の事務職員等、全職員の2/3程度）が参加のスタッフミーティング内で自殺を含めた死亡患者についての振り返りを行っている。さらに自殺で亡くなった患者（不審死等も含む）のカルテを蓄積し、2～3ヶ月に1回の頻度で全職員が参加のケースカンファレンスを行っている。Cクリニックで実施されている、密な治療構造の設定、家族への支援、ハイリスク者の早期発見・早期介入、スタッフ間の密な情報共有といった、職員全体の治療への姿勢そのものが、患者の孤立を防ぎ、結果として自殺予防につながっていると考えられる。

【自殺関連問題を扱った研修（全職種参加によるロール・プレイングなど）】

H病院では、数年前からロールプレイングを取り入れたグループワーク研修を定期的実施している。自殺に特化した研修ではないが、疾患や状況を実務的な内容で設定し、看護師、医師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士、薬剤師、事務まで含めた全職員が参加する。自殺に関しては、希死念慮を訴えられた時にどうするか、等のテーマで、その場でどのように対応するか、自分では対応出来ないと感じた場合はどこにどのようにSOSを出すか、など、各職種の立場で具体的に状況をイメージしながら対応方法を共有することができ、実践的な知識が得られる効果的な取り組みである。

【治療・支援チームとしての家族との連携】

E病院、H病院では、外来・入院いずれの場合においても、自殺リスクが高いと判断されるケースでは家族に連絡をとり、連携していた。外来患者の場合には、診察時、主治医が危険であると判断した際には家族に迎えにきてもらい、1人で帰さない、注意が必要な状態であることを伝える、などの対応をとる。入院患者の場合には、本人からは困りごと、悩み等について十分な情報が得られない際などに、本人には気付かれないよう家族に連絡をとり、面接を行うなどしている。家族と連携する際には、家族の不安を増強させないためにも、十分な家族教育や家族支援と併せて行うことで、その効果が発揮されることが考えられる。

【医療機関が中心となった地域づくり】

A病院は古い歴史をもつ精神科病院であり、創立以来、地域の社会資源や住民との関係性を大事にしながらの地域づくりに取り組んできた。地域づくりにおける工夫として「何かの時には病院がフォローする」という姿勢を示し、病院を主軸とした様々な取り組みを地域に受け入れてもらっている。一例として、毎年、病院の夏祭りに地元中学生がボランティアとして参加しているが、その生徒たちを対象に病院見学や院内講義を行い、精神障害についての理解を深める機会を提供している。このような取り組みにより地域の子どもたちが早い時期からメンタルヘルスの問題への理解を深め、ボーダーレスな地域づくりに役立っていると考えられた。地域づくりがうまく行われることにより、他機関との連携もより効果的に行われるようになり、自殺対策にも奏功するものと考えられる。

《施設概要》

私立単科精神科A病院:精神科病床約340床(6病棟)、
外来患者約160人/日
公立B精神医療センター:精神科病床約460床(7病棟)
外来患者約200人/日
Cクリニック:アルコール専門外来、外来患者170人/日
公立D精神医療センター:精神科病床約50床(2病棟)
外来患者数約130人/日

私立単科精神科E病院:精神科病床約230床(5病棟)
外来患者約80人/日
私立G大学病院:精神科病床約60床、
精神科外来患者約50人/日
私立単科精神科H病院:精神科病床約120床(2病棟)
外来患者約110人/日
私立単科精神科I病院:精神科病床約290床(5病棟)
外来患者約120人/日

平成 23 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
精神科受診歴のあるうつ病患者における自殺のリスク要因の検討

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	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)
	小高 真美	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	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)
	亀山 晶子	(日本大学文理学部人文科学研究所)
	白川 教人	(横浜市こころの健康相談センター)
	五十嵐良雄	(医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門)
	尾崎 茂	(東京医療生活協同組合 中野総合病院)
	深間内文彦	(医療法人社団 榎会 榎本クリニック)
	榎本 稔	(医療法人社団 榎会 榎本クリニック)
	飯島 優子	(医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門)

研究要旨:

【目的】精神科受診歴を持つ男性の中老年うつ病性障害患者における心理社会的な自殺のリスク要因について検討を行った。

【方法】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が実施している「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」によって収集された自殺死亡例（事例群）に対して、性別、年齢階級をマッチさせた生存うつ病患者を対照群に設定した調査を実施し、収集されたデータを事例群のデータと比較することで各要因と自殺との関連性を明らかにした。

【結果および考察】1 ヶ月以上の休職経験があること、あるいは精神科への通院において自立支援医療を利用していることが、うつ病患者の自殺の保護因子として機能することが明らかとなった。また、本研究では自殺既遂との有意な関連は認められなかったものの、過去1 ヶ月間の何らかの身辺整理や何らかの不注意・無謀な行動、過去1 ヶ月の不定愁訴といった様々な言動や過去の転職歴、アルコール問題がうつ病患者の自殺のリスクとなる可能性が示唆された。

【結論】本研究の結果、休職や自立支援医療の利用など、うつ病の治療に専念できる環境づくりが自殺予防のために重要な役割を果たすものと考えられた。また、うつ病患者の自殺前のサインについても示唆的な情報が得られ、特にうつ病患者にアルコールの問題が併存した際に、自殺のリスクが高まる可能性について、今後も詳細な検討が必要であると考えられた。

A. 研究目的

わが国の自殺者数は、平成 10 年以降 3 万人を超える状態が続いており、深刻な社会問題となっている。こうした現状をふまえ、平成 18 年 6 月には自殺対策基本法が成立し、同年 10 月に施行されるに至った。そして、自殺対

策基本法に基づいて定められた「自殺総合対策大綱」においては、「第 4 自殺を予防するための当面の重点施策」の「1.自殺の実態を明らかにする (1) 実態解明のための調査の実施」の項で、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態

等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる『心理学的剖検』の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と明記された。

その大綱を踏まえ、平成19年度から自死遺族を対象とした心理学的剖検を用いての調査「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)が実施されている。この調査では、自殺の実態をライフステージ別、性別、主要な社会的要因別に分析することから自殺の臨床類型を明らかにし、各類型における自殺予防の介入ポイントや自殺の関連要因について検討してきた。今後さらに詳細な実態把握と介入ポイントについての示唆を得るため、事例群の調査・分析と並行しての対照群のデータ収集・事例群との比較分析を行い、数量的に自殺の危険因子を明らかにすることが期待されている。

さて、WHOの自殺予防戦略(SUPRE)において明文化されている通り、世界的にうつ病の予防、ならびに早期発見、早期治療は自殺予防対策における重要な位置を占めている。こうした対策の根拠となっているのが、自殺既遂の危険因子としてうつ病がきわめて重要であるにもかかわらず^{1)~3)}、自殺既遂者やうつ病に罹患している者の多くが適切な精神医学的な治療を受けていないという先行研究の知見⁴⁾である。

わが国においても、平成10年の自殺者急増以降、自殺予防対策が本格的に動きはじめた初期の段階から、厚生労働省中心にうつ病対策が積極的に推進されてきた⁵⁾。2004年には厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会」から、「うつ対策推進方策マニュアル(都道府県、市町村職員のために)」および「うつ対応マニュアル(保健医療従事者のために)」が発行され^{6), 7)}、全国の地方自治体においてもうつ病に関する普及・啓発を中心とした対策事業が展開されるようになっていった。しかし、現在までのところ、こうしたうつ病対策の効果が自殺者の減少という形では確認されていない。

近年、こうしたうつ病に関する啓発活動によって精神科受診の敷居は低くなり、精神科受診患者は増加しているにも関わらず^{8), 9)}、依然として自殺者数が減少しない状況に対して、今後うつ病対策の政策としての有効性を高めていくプロセスの一つとして、真に自殺の危険性の高いうつ病罹患者を適切にターゲットングしていくことが必要である。特にこれまで自殺リスクと関連するうつ病の症候学的検討やうつ病と合併する他の精神疾患を検討した研究は散見されるものの^{10), 11)}、その研究数は意外に少なく¹²⁾、心理社会的変数を含めたうつ病罹患者の自殺の危険因子の検討はなされていない。その意味では、うつ病対策の次なる段階として、「うつ病が自殺の危険因子」という議論を一步進めて、「どのような特徴を持つうつ病罹患者が危険なのか」という検討を進めていく必要がある。

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自殺既遂事例のうち、死亡前にうつ病性障害への罹患が推測され、かつ精神科を受診していた自殺既遂事例の情報と、性別・年齢階級を対応させた精神科受診中の生存うつ病性障害患者の情報とを症例対照研究のデザインで比較し、精神科受診歴を持つうつ病患者の心理社会的な自殺のリスク要因について検討することとした。ただし、うつ病の罹患率自体は男性よりも女性の方が高いにもかかわらず、自殺既遂者は男性の方が女性よりも多いため、うつ病患者全体の自殺のリスク要因を明らかにするだけでは真に有効な自殺予防対策に結びつかない可能性がある。したがって、本研究では日本の自殺既遂者の中核層でありながら、有効な支援が届きにくいとされている中高年男性を対象を絞って調査を行った。よって、ここでその結果を報告するとともに、うつ病に罹患し精神科受診している中高年男性に対する自殺予防対策について若干の考察を行いたい。

B. 研究方法

1. 研究対象

1) 研究デザイン

本研究の研究デザインは、症例・対照研究 (case-control study) である。すでに独立行政法人国立精神・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(以下、自殺予防総合対策センターと略) 自殺実態分析室において収集された自殺死亡例(以下、事例群と呼ぶ)に対して、性別、年齢階級をマッチさせた対照群への調査を新たに実施し、収集されたデータを事例群のデータと比較することで各要因と自殺との関連性を明らかにする。1事例あたりの対照数は1~2となるように計画された。

2) 事例群

自殺予防総合対策センターにて2008年1月から実施している基礎調査¹³⁾の事例群において、2010年12月末までに調査が終了した88事例のうち、死亡時にうつ病性障害(DSM-IV¹⁴⁾)の臨床診断に該当すると推測された事例が48事例存在した。この48事例の中から、30歳~59歳の男性事例で、死亡前1年間に精神科受診が認められた16事例を抽出し本研究の対象とした。16事例の平均年齢は45.8歳(標準偏差8.8)であった。

3) 対照群

調査対象となる生存うつ病患者は、調査依頼時点で30歳~59歳の男性であり、DSM-IV¹⁴⁾のうつ病性障害の診断に該当する者とした。さらに、この対象者は継続的に精神科の外来通院治療を行っている者であり、過去1年間に自殺念慮および自殺企図歴がないことが主治医によって確認されていると同時に、情報収集源となる同居者が存在し、主治医から調査実施の許可が得られた者とした。

調査に先立ち、東京都内の複数の病院、クリニックに調査協力を依頼し、上記基準を満たした患者に対して主治医または研究分担者から調査依頼を行った。同居者への調査につ

いての承諾を書面により調査対象者本人から得た後、情報収集源となる同居者(以下、回答者とする)に対して調査員から協力依頼および調査説明を行い、書面にて同意を得た。なお、回答者は、本人と同居している者あるいは同居に準じる程度の頻繁な接触がある者(優先順位は、配偶者、親、子、その他)とし、そのうちから調査の協力の得られた者1名とした。

対照群の調査は、2011年8~12月に実施された。結果として、16事例に対して19の対照から回答を得た。

2. 調査手続き

1) 事例群

事例群の調査は、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¹⁵⁾。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-IV¹⁴⁾に準拠した臨床診断である。なお、事例群の詳細な調査方法については、以前の研究報告書¹⁵⁾を参照されたい。

2) 対照群

対照群の調査員は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研究者が務めた。調査面接は調査員2名で実施し、2名のうち1名は精神科医療機関での臨床経験を有するソーシャルワーカーあるいは臨床心理士が含まれるようにシフトを組み、調査時の回答者の精神的動揺等に対応できる体制を整えた。

調査員は所定の調査票と小冊子を使用し、被験者に対して訪問面接調査を行った。調査票は「基礎調査」で収集された自殺既遂事例と一般生存住民との比較を行うために、平成21年度に生存一般住民を対象に実施した「一

般住民の暮らし向きとこころの健康に関する学術調査¹⁶⁾」において作成した調査票を用いた。調査票は、基本情報（性別、年齢等）、過去1ヶ月の自殺のサイン、過去の自殺関連行動、生活歴（婚姻歴、いじめ、被虐待経験、死別経験等）、仕事の状況（職歴、休職歴、労働時間等）、経済的問題（収入、負債等）、生活の質（交友関係等）、身体的健康（身体疾患、不定愁訴、睡眠等）、こころの健康問題（精神障害の各症状の有無等）、援助希求（過去1年間の治療状況等）の質問で構成されていた。

面接場所は回答者の自宅、通院先の病院・クリニック、自殺予防総合対策センター、回答者の指定した喫茶店等であり、面接時間は平均99.6分（標準偏差15.9）であった。面接調査中に質問項目の内容によって回答者が精神的に不安定になった場合は、調査員が面接の続行の可否を判断し、続行不可能な場合にはすぐに面接を中止し、回答者の同意を得た上で調査対象者の主治医に連絡して医学的・心理学的なケアを提供できる体制を整えた。

3. 統計解析

先に示した調査票の各変数について、事例群および対照群それぞれで頻度（割合%）あるいは平均値（標準偏差SD）を比較した。両群の間での頻度あるいは平均値の差は、条件付きロジスティック回帰分析を用いて検定した。比較する変数がカテゴリ変数の場合には、オッズ比とその95%信頼区間を算出した。条件付きロジスティック回帰分析は、1対1あるいは1対 k のマッチングに適用可能な解析手法であり、SPSSのCOXREGを用いて実施した。統計的検定における有意水準は $\alpha=0.05$ とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、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。

調査に先立ち、調査対象者および回答者の双方に対して口頭および書面で調査の目的、方法、重要性を説明し、調査への協力を依頼した。また、調査への参加は任意であり、拒

否しても何ら不利益は受けないこと、参加に同意した場合でもいつでも同意を撤回できること、データの管理は厳密に行われ参加者のプライバシーが外部に漏れることはないことを口頭および書面にて十分に説明した。調査協力に対する同意が得られた場合には、調査協力同意書に署名をもらった。

C. 研究結果

本研究の解析結果を表1～表13に示した。

解析の結果、事例群と対照群の間で有意差が確認された変数は、「1ヶ月以上の休職経験の有無」と「自立支援医療（精神通院）の利用の有無」であり、1ヶ月以上の休職経験があった場合、あるいは自立支援医療（精神通院）の利用があった場合に、自殺の相対リスクが有意に低かった。

上記以外の変数では両群間において有意差は認められなかったものの、過去1ヶ月間の何らかの身辺整理や何らかの不注意・無謀な行動、過去の転職経験、過去のアルコール関連問題、過去1年間の1ヶ月あたりの飲酒日数、過去1ヶ月の不定愁訴といった変数では、自殺既遂との関連性において有意な傾向が認められた。

D. 考察

本研究では、心理学的剖検の手法を用いて収集したデータをもとに、症例対照研究のデザインで、中高年男性で精神科受診歴を持つうつ病性障害患者の心理社会的な自殺のリスク要因について検討を行った。

分析の結果、1ヶ月以上の休職経験があること、あるいは精神科への通院において自立支援医療を利用していることが、うつ病患者の自殺の保護因子として機能している可能性が明らかとなった。本研究では、婚姻状況、職業や雇用形態、世帯年収、経済的問題の有無や負債額などの社会経済的変数に関して両群間で有意差が認められておらず、事例群・対照群ともに置かれている社会経済的状況はほぼ同程度であったことが推察される。また、

過去1年間の精神科治療アドヒアランス等に関しても両群間で有意差は認められていない。その一方で、転職歴は対照群に比べて事例群の方で有意に頻度が高い傾向にあり、就業の不安定さが自殺のリスクを高める可能性が示唆された。

本研究では、精神科医療機関で提供されている援助内容の質的側面をマッチさせることができているという限界はあるものの、上述の結果から、同じような社会的環境に置かれ同じように治療の意思を持っている者であっても、うつ病の治療に専念できる環境づくりを促進できるかどうか、自殺リスクの低減に重要な役割を果たすものと考えられた。今後の研究では、こうした治療に専念できる環境づくりを促進する要因（たとえば、家族への支援、あるいは職場の理解や協力体制、制度等へのアクセシビリティなど）についても詳しく検討していく必要がある。

本研究では、自殺既遂との有意な関連は認められなかったものの、過去1ヶ月間の何らかの身辺整理や何らかの不注意・無謀な行動、過去1ヶ月の不定愁訴といった様々な言動がうつ病患者の自殺前のサインとなる可能性が示唆された。

さらに、本研究の結果からは、うつ病患者がアルコールの問題を有していることが、自殺のリスクを高めてしまう可能性も示唆された。先行研究においても、うつ病にアルコール問題が併存すると、うつ症状の重篤化、難治化、治療経過中の自殺関連行動の発生率の増加が見られることが指摘されており¹⁷⁾、うつ病患者の自殺を防ぐためには、背景にあるアルコールの問題を軽視してはならないことが示唆される。すでに国内で実施された調査¹⁸⁾では、男性うつ病患者の18.5%に問題飲酒の併存が認められており、本研究の結果を踏まえれば、こうした自殺のハイリスク群に対する早急な介入が今後の自殺予防対策において求められる。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究の調査対象者数は少なく、またサン

ルの抽出も無作為あるいは一定期間の連続サンプリングをおこなっていないため、本研究の結果をそのままわが国の中老年男性うつ病患者一般にあてはめて考えることはできない。

第二に、情報収集の精度や偏りがあるため、本来関連の無いはずの要因に関連性が認められてしまっている可能性がある。心理学的剖検という調査手法の性質上、本人からの情報収集でなく、周囲の者からの情報収集となるため、得られた情報には多くのバイアスが含まれる。また、本研究には、自殺発生から数年以上経過した後に調査を実施した事例も含まれており、想起の段階においても多くのバイアスが生じる可能性がある。さらに、調査員および回答者ともに調査目的や当該の面接が事例群・対照群のどちらを調査しているのかについても知っているため、事例群の方で本人の困難や問題点が想起されやすい可能性がある。

第三に、本研究では多変量解析を行っていないため、変数間の交絡の影響を除外できていない。

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うち、死亡前にうつ病性障害への罹患が推測され、かつ精神科を受診していた中老年男性の自殺既遂事例の情報と、性別・年齢階級を対応させた精神科受診中の生存うつ病性障害患者の情報とを症例対照研究のデザインで比較し、精神科受診歴を持つうつ病患者の心理社会的な自殺のリスク要因について検討した。

分析の結果、1ヶ月以上の休職経験があること、あるいは精神科への通院において自立支援医療(精神通院)を利用していることが、うつ病患者の自殺の保護因子として機能する可能性が明らかとなり、うつ病の治療に専念できる環境づくりが自殺予防のために重要な役割を果たすものと考えられた。また、うつ病患者の自殺前のサインについても示唆的な情報が得られ、特にうつ病患者にアルコール

の問題が併存した際に、自殺のリスクが高まる可能性について、今後も詳細な検討が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kameyama A, Matsumoto T, Katsumata Y, Akazawa M, Kitani M, Hirokawa S, Takeshima T: Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt: A psychological autopsy study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 65: 592-595, 2011.
- 2) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 亀山晶子, 横山由香里, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 竹島正: 死亡時の職業の有無でみた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による 76 事例の検討. *日本社会精神医学会雑誌*, 20(2), 82-93, 2011

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. 参考・引用文献

- 1) Bertolote JM and Fleischmann A: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1; 181-185, 2002.
- 2) Bostwick JM and Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157; 1925-1932, 2000.
- 3) Hawton K and van Heeringen K: Suicide. *Lancet*, 373;1372-1381, 2009.
- 4) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al: Psychological autopsy studies of suicide:a systematic review. *Psychological Medicine*,

33; 395-405, 2003.

- 5) 厚生労働省:自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防にむけての提言」. 厚生労働省自殺予防対策有識者懇談会, 2002.
- 6) 厚生労働省:うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー. 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会, 2004.
- 7) 厚生労働省:うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー. 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会, 2004.
- 8) 神庭重信:うつ病の文化・生物学的構成. 神庭重信, 黒木俊秀(編)現代うつ病の臨床ーその他様な病態と自在な対処法. 創元社, 東京, p.98-119, 2009.
- 9) 多田幸司:新しいタイプのうつ病概説. *こころの科学*, 146;25-31, 2009.
- 10) McGill A, Renaud J, Seguin M et al: An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorder*, 97; 203-209, 2007.
- 11) Dumais A, Lesage AD, Alda M et al: Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry*, 162; 2116-2124, 2005.
- 12) Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ et al: Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: findings from the STAR*D trial. *Journal of Affective Disorders*, 97; 77-84, 2007.
- 13) 加我牧子:厚生労働科学研究費補助金障害者総合対策研究事業 自殺の原因分析に基づく効果的な自殺予防対策の確立に関する研究. 平成22年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター, 2011.
- 14) American Psychiatric Association: Diagnostic

and statistical manual of mental disorders,
fourth edition. Washington D.C.: American
Psychiatric Association, 1994

- 15) 加我牧子：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. 平成19年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター, 2008.
- 16) 加我牧子：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. 平成21年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター, 2010.
- 17) Davis LL, Rush JA, Wisniewski SR et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. *Compr Psychiatry* 46:81-89, 2005
- 18) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美 ほか：うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率. *精神医学*, 54:29-37, 2012.

表1 事例群と対照群の人口動態学的変数についての比較

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95%CI)
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)		
年齢	16	45.8 (8.8)	19	44.1 (6.3)	0.218	
年齢階級	人数	16	人数	19	0.373	
	30代	6 (37.5)	4 (21.4)	REF	1.00	
	40代	4 (25.0)	11 (57.9)	0.209	0.44 (0.13-1.58)	
	50代	6 (37.5)	4 (21.1)	1.000	1.00 (0.32-3.10)	
回答者	人数	16	人数	19	0.967	
	父母	4 (25.0)	3 (15.8)	REF	1.00	
	配偶者	10 (62.5)	15 (78.9)	0.454	0.50 (0.08-3.07)	
	きょうだい	1 (6.2)	0	0.968	34825.90 (0.00-∞)	
	子ども	1 (6.2)	0	0.954	13489.80 (0.00-∞)	
婚姻歴	人数	16	人数	19	0.999	0.50 (0.00-∞)
	あり	11 (68.8)	16 (84.2)	0.227	0.35 (0.06-1.94)	
	なし	5 (31.2)	3 (15.8)			
離婚歴	人数	16	人数	19	0.267	0.27 (0.03-2.70)
	あり	1 (6.2)	4 (21.1)			
	なし	15 (93.8)	15 (78.9)			

表2. 事例群と対照群の本人の「自殺のサイン」の出現率の比較 (過去1カ月間の死に関する発言)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
あり	15	7 (46.7)	2	11.8	0.182	67.15 (0.14-∞)
なし		8 (53.3)	17	15 (88.2)		

表3. 事例群と対照群の本人の「自殺のサイン」の出現率の比較 (過去1カ月間の身辺整理)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
いずれかの身辺整理あり	16	7 (43.8)	19	2 (10.5)	0.080	6.54 (0.80-53.33)
身の回りの物を整理	16	4 (25.0)	19	2 (10.5)	0.349	2.26 (0.41-12.55)
仕事の片づけ	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
財産目録の作成	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
金品の譲渡	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
大切な物の譲渡	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
日記や写真の処分	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
遠方の友人を訪問	16	0 (0.0)	19	1 (5.3)	0.610	0.15 (0.00-∞)
その他	16	3 (18.8)	19	1 (5.3)	0.267	3.65 (0.37-35.84)

注1: 複数回答

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表4. 事例群と対照群の本人の「自殺のサイン」の出現率の比較 (過去1カ月間の容姿・外見上の変化)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
いずれかの変化あり	16	4 (25.0)	19	1 (5.3)	0.103	6.28 (0.69-57.17)
入浴しなくなる	16	1 (6.3)	19	1 (5.3)	0.809	1.14 (0.09-23.57)
髪形を気にしなくなる	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
化粧をしなくなる	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
散髪をしなくなる	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
洗顔・歯磨きをしなくなる	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
同じ衣服を繰り返し着る	16	0 (0.0)	19	1 (5.3)	0.610	0.15 (0.00-∞)
衣服の汚れを気にしない	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
その他	16	3 (18.8)	19	0 (0.0)	0.338	122.53 (0.01-∞)

注1: 複数回答

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表5. 事例群と対照群の本人の「自殺のサイン」の出現率の比較(過去1カ月間の不注意や無謀な行為)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
いずれかの不注意・無謀な行為	16	8 (50.0)	19	3 (15.8)	0.061	4.47 (0.93-21.40)
交通事故・違反	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
荒っぽい運転	16	1 (6.3)	19	1 (5.3)	0.809	1.14 (0.09-23.57)
お金や貯金を使い込む	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
無理な投資やギャンブル	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
高価な買い物	16	0 (0.0)	19	1 (5.3)	0.610	0.15 (0.00-∞)
服薬の中断	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
医師の指示を聞かない	16	2 (12.5)	19	0 (0.0)	0.439	104.94 (0.00-∞)
健康管理ができない	16	2 (12.5)	19	1 (5.3)	0.509	51.92 (0.00-∞)
喧嘩や口論	16	3 (18.8)	19	0 (0.0)	0.338	122.53 (0.01-∞)
社会的ルールに反した行動	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
物をよくなくす	16	1 (6.3)	19	1 (5.3)	0.809	1.14 (0.09-23.57)
頻繁に怪我をする	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
荒い言葉遣い	16	3 (18.8)	19	1 (5.3)	0.206	4.37 (0.44-43.10)
しばらく家に帰ってこなくなる	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
警察沙汰になる	16	2 (12.5)	19	0 (0.0)	0.439	104.94 (0.00-∞)
突然の重大な決断	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
お酒のトラブル	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
その他	16	1 (6.3)	19	1 (5.3)	0.809	1.14 (0.09-23.57)

注1: 複数回答

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表6. 事例群と対照群における以前の自殺関連行動・失踪・事故、および身近な人の自殺企図の経験

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
以前の自殺関連行動の経験	16		19			
あり		5 (31.3)		5 (26.3)		
なし		11 (68.8)		14 (73.7)	0.608	1.49 (0.32-6.91)
以前の失踪の経験	15		18			
あり		4 (26.7)		5 (27.8)		
なし		11 (73.3)		13 (72.2)	0.898	0.91 (0.20-4.12)
過去1年以内の事故の経験	16		19			
あり		2 (12.5)		6 (31.6)		
なし		14 (87.5)		13 (68.4)	0.249	0.39 (0.08-1.94)
身近な人の自殺企図経験	15		18			
あり		10 (66.7)		5 (27.8)		
なし		4 (27.8)		13 (72.2)	0.173	71.14 (0.15-∞)

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表7. 事例群と対照群の仕事の状況についての比較

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
職業	16		19			
被雇用者		11 (68.8)		15 (78.9)		
無職者		5 (31.2)		4 (21.1)	0.445	1.35 (0.63-2.87)
被雇用者の雇用形態	11		15			
正規雇用		10 (90.9)		14 (93.3)		
非正規雇用		1 (9.1)		1 (6.7)	-	-
転職経験	16		19			
あり		12 (75.0)		7 (36.8)		
なし		4 (25.0)		12 (63.2)	0.061	4.47 (0.93-21.40)
一ヶ月以上の休職経験	15		17			
あり		6 (40.0)		15 (88.2)		
なし		9 (60.0)		2 (11.8)	0.033	0.10 (0.01-0.84)
配置転換の悩み	13		15			
あり		8 (61.5)		6 (40.0)		
なし		5 (38.5)		9 (60.0)	0.283	2.56 (0.46-14.29)
世帯年収	15	平均 (SD)	15	平均 (SD)	P値	
		715.9 (409.5)		611.8 (269.3)	0.660	

事例群での欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表8. 事例群と対照群の経済的状況についての比較

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95%CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
経済的問題	16		19			
あり		4 (25.0)		8 (42.1)	0.478	0.59 (0.14-2.52)
なし		12 (75.0)		11 (57.9)		
生活保護・障害年金・ 老齢年金いずれかの受給	16		19			
あり		4 (25.0)		2 (10.5)	0.204	4.23 (0.46-39.14)
なし		12 (75.0)		17 (89.5)		
世帯の主な稼ぎ手	16		19		0.614	
本人		10 (62.5)		14 (73.7)	REF	1.00
本人以外		6 (37.5)		4 (21.1)	0.323	2.30 (0.44-11.92)
回答者と半分		0		1 (5.3)	0.992	0.00 (0.00-∞)
無計画な支出	16		19			
あり		2 (12.5)		3 (15.8)	0.879	0.87 (0.14-5.32)
なし		14 (87.5)		16 (84.2)		
借金の経験	16		19			
あり		9 (56.2)		10 (52.6)	0.671	1.32 (0.37-4.72)
なし		7 (43.8)		9 (47.4)		
返済困難な借金の経験	9		10			
あり		1 (11.1)		4 (40.0)	0.582	0.01 (0.00-∞)
なし		8 (88.9)		6 (60.0)		
負債総額	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	P値	
	1	5600 (-)	3	1550 (2139.5)	-	

表9. 事例群と対照群における生活の質の比較 (他者との付き合い)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
家族以外での集団活動 (過去1ヶ月間)						
なし	16	8 (50.0)	19	0 (0.0)	0.406	19.90 (0.02-∞)
少ない	16	4 (25.0)	19	2 (10.5)	0.984	1.08 (0.00-∞)
時々	16	3 (18.8)	19	2 (10.5)	0.309	0.03 (0.00-24.79)
しばしば	16	1 (6.3)	19	15 (78.9)	REF	1.00
家族以外での集団活動 (過去1年間)						
なし	16	0 (0.0)	19	0 (0.0)	-	-
少ない	16	10 (62.5)	19	4 (21.1)	0.121	7.90 (0.58-107.56)
時々	16	5 (31.3)	19	11 (57.9)	0.890	0.82 (0.05-14.36)
しばしば	16	1 (6.3)	19	4 (21.1)	REF	1.00

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表10. 事例群と対照群における身体的健康の比較 (身体疾患、身体症状、睡眠問題)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
慢性疾患・重症疾患の既往	16		19			
あり		6 (37.5)		4 (21.1)	0.223	2.79 (0.54-14.56)
なし		10 (62.5)		15 (78.9)		
過去1ヶ月内の不定愁訴	16		19			
あり		14 (87.5)		10 (52.6)	0.064	7.32 (0.89-60.34)
なし		2 (12.5)		9 (47.4)		
過去1ヶ月内の睡眠問題	16		18			
あり		16 (100)		8 (44.4)	0.118	59.90 (0.352-∞)
なし		0 (0.0)		10 (55.6)		

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表11. 事例群と対照群の飲酒状況についての比較

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95%CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
1年間の飲酒経験	16		19			
あり		15 (93.8)		15 (78.9)	0.215	4.00 (0.44-35.79)
なし		1 (6.2)		4 (21.1)		
アルコール関連問題の有無	15		17			
あり		7 (46.7)		2 (11.8)	0.078	6.77 (0.81-56.85)
なし		8 (53.3)		15 (83.3)		
アルコール使用障害	16		19			
アルコール依存		2 (12.5)		0	0.471	65.29 (0.00-∞)
アルコール乱用		1 (6.2)		1 (5.3)	1.000	1.00 (0.06-15.99)
いずれか		3 (18.8)		1 (5.3)	0.341	3.00 (0.31-28.84)
1ヶ月あたりの飲酒日数	14		16			
10日以上		10 (71.4)		5 (31.2)	0.078	6.78 (0.81-56.85)
10日未満		4 (28.6)		11 (68.8)		
		人数 平均 (SD)		人数 平均 (SD)	P値	
1回あたりの飲酒量 (杯) ^{注1}	12	4.9 (5.6)	15	2.5 (3.1)	0.19	

事例群での欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

注1 1回あたりの飲酒量の単位 (杯) は、1杯あたり純アルコール換算で約9グラムに相当する

表12. 事例群と対照群の自殺発生時 (対照群は調査時) のDSM-IV精神障害の比較 (不安障害)

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
いずれかの不安障害	16	3 (18.8)	17	2 (11.8)	0.454	2.00 (0.33-12.28)
パニック障害	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	0.610	65.29 (0.00-∞)
PTSD	16	0 (0.0)	17	0 (0.0)	-	-
全般性不安障害	16	3 (18.8)	18	2 (11.1)	0.454	2.00 (0.33-12.28)

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

表13. 事例群および対照群のこころの健康問題による過去1年間の援助希求

	事例群 (N=16)		対照群 (N=19)		P値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
死亡時 (調査時) から 精神科最終受診までの日数	14		16			
0~7日		6 (42.9)		13 (81.3)	REF	1.00
8~30日		6 (42.9)		2 (12.5)	0.170	336.19 (0.08-∞)
30日以上		2 (14.3)		1 (6.3)	0.278	30.57 (0.06-∞)
過去1年以内の処方の有無	16		19			
あり		13 (81.3)		18 (94.7)	0.471	0.02 (0.00-∞)
なし		3 (18.8)		1 (5.3)		
過去1年以内の入院経験	16		19			
あり		2 (12.5)		1 (5.3)	0.343	3.24 (0.29-36.63)
なし		14 (87.5)		18 (94.7)		
過去1年以内の治療・服薬中断	16		19			
あり		2 (12.5)		4 (21.1)	0.415	0.39 (0.04-3.78)
なし		14 (87.5)		15 (78.9)		
過去1年以内の入院拒否	16		18			
あり		2 (12.5)		0 (0.0)	0.471	65.29 (0.00-∞)
なし		14 (87.5)		18 (100)		
自立支援医療 (精神通院) の利用	16		18			
あり		6 (37.5)		15 (83.3)	0.047	0.12 (0.02-0.97)
なし		10 (62.5)		3 (16.7)		

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した

平成 23 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

自殺手段の実態と自殺予防に関する研究

研究分担者 福永 龍繁（東京都監察医務院）
研究協力者 引地和歌子（東京都監察医務院）
谷藤 隆信（東京都監察医務院）
阿部 伸幸（東京都監察医務院）
柴田 幹久（東京都監察医務院）

研究要旨：

【目的】平成 23 年の東京都 23 区内における自殺者に関して、自殺と精神疾患との関連性および薬毒物・アルコールの影響について検討し、効果的な自殺防止対策の資料を得る。

【方法】死因究明の過程で得る調査事項である、病歴、通院状況、自殺手段等を集計すると共に、精神疾患との関連性を分析した。また、自殺と薬毒物・アルコールとの関連が示唆される事例について、調査事項についてより詳細な聴取を行った後、血中濃度を測定し、その影響について分析した。

【結果】平成 23 年中、東京都監察医務院にて取り扱った自殺者の事例数は 2127 例であった。男女比は 1.88 で男性優位であった。また、自殺と薬毒物・アルコールの関連が示唆される事例については、生前の医療機関受診歴および内服状況は三群に大別され、さらに、いずれの群においても処方薬を含めての薬剤が血液中より全く、もしくは低濃度しか検出されなかった。アルコールが検出された事例は約 1/3 あり、自殺既遂時に中等度酩酊状態にあったと推測される事例も数例あった。

【考察】本研究にて認められた傾向から、自殺既遂に到るまでの過程において、自殺を予防するために重要な、薬毒物・アルコール摂取に関する確認事項が明らかになりつつある。今後有効的な対策を進めていくにあたり、周辺の詳細な調査と、関係者のより緊密な連携が求められていると言える。

【結論】東京都 23 区内の自殺者の背景から、自殺と精神疾患の関連性が明確になった。また、自殺に対する薬毒物・アルコールの影響に関して分析を行い、一定の傾向およびその対策の必要性が示唆された。

A. 研究目的

日本における自殺者数は平成 10 年に 3 万人を越えた後、高止まりのまま推移しており、大きな社会問題となっている。自殺を防止するための効果的な対策を講じるためには、自殺および自殺と推定される事例の実態を明らかにすることが必要不可欠である。海外における先行研究では、自殺と精神疾患との関連性の高さが度々指摘されており、さらに、物質乱用・依存は、鬱病に次いで自殺との関連

が深い精神障害であるとの報告があるが、日本におけるその体系的な疫学的研究の先例は極めて少ない。

本研究では、東京都 23 区にて発生した全ての自殺事例の検案を行っている東京都監察医務院にての検案結果に基づき、自殺者の背景等を詳細に分析すると同時に、精神疾患との関連性について明らかにすることを目的とした。さらに、生前の薬毒物・アルコール摂取の影響が強く疑われる非解剖事例について、

心臓血を採取し、その濃度を測定することにより、自殺との関連について詳細な分析を行った。

B. 研究方法

平成 23 年の東京都監察医務院の検案例であり、死亡の種類が自殺の事例を分析の対象とした。分析対象のデータは、監察医が死因究明のための背景を調査する際に警察・遺族等から聴取した死亡者の生前の情報であり、具体的には 1)年齢、2)性別、3)病歴、4)通院状況、5)自殺手段である。なお、3)、4)の項目は、後述する選択肢からの回答形式であり、5)は、国際疾病分類(ICD-10)第 20 章疾病及び死因の分類から選択した。

分析の手順は、まず、自殺と精神疾患の関連性の概要を捉えた。そして、自殺者の病歴として精神疾患に注目し、1)性別、2)年齢、3)通院状況、4)自殺手段の 4 項目に関して検討した。

また、平成23年9月以降の自殺事例のうち、薬毒物・アルコールとの関連が特に示唆される非解剖事例については、担当監察医の判断に基づいて心臓血を採取し、それぞれの濃度を測定した。これらの事例については、検案時の調査項目に加え、精神科受診歴の有無、過去の自殺未遂の有無、その回数・手段等について、より詳細な聴取を行った。

(倫理面への配慮)

研究の倫理面については、「疫学研究に関する倫理指針」を遵守し、東京都監察医務院倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 母集団の事例数

平成 23 年中、東京都監察医務院で取り扱った自殺者の事例数は 2127 例(男性 1389 例、女性 738 例)であった (図 1 参照)。

2. 自殺者と精神疾患の関連性の概要

1) 自殺者の病歴

東京都監察医務院にて調査する死亡者の病

歴は、以下の 16 項目に分別される。1)高血圧症、2)糖尿病、3)動脈硬化、4)虚血性心不全、5)その他の心・血管系疾患、6)脳血管障害、7)結核、8)気管支喘息、9)その他の呼吸器疾患、10)アルコール性肝疾患、11)消化器疾患、12)腎・泌尿器疾患、13)精神疾患、14)神経疾患、15)癌・悪性腫瘍、16)その他である。なお、13)精神疾患には、躁鬱病、統合失調症、アルコール依存症、神経症等が含まれる。

精神疾患とその他の疾患を併せ持つ者の割合は、男性 8%、女性 14%であり、精神疾患のみを持つ者の割合は男性 27%、女性 52%であった (図 2 参照)。

2) 自殺者の通院状況

東京都監察医務院にて調査する死亡者の通院状況は、以下の 5 項目に分別される。1)健康、2)加療中、3)過去に加療・現在未加療、4)病的状態・未加療、5)不詳である。加療中とは、診療科は問わないものの、何らかの医療機関へ定期的に通院していたことが確認された者である。

加療中である者の割合は、男性 53%、女性 78%であった (図 3 参照)。

3) 自殺手段

東京都監察医務院にて調査する死亡者の自殺手段は、国際疾病分類(ICD-10)第 20 章疾病及び死因の外因から選択する。

自殺の手段として最も多いのは男女共縊死であり、男性 915 例(66%)、女性 456 例(62%)であった。次いで、高所からの飛び降りが多く、男性 199 例 (14%)、女性 151 例 (20%)であった (図 4、5 参照)。

3. 非解剖事例における薬毒物・アルコール摂取の影響

生前の薬毒物・アルコール摂取の影響が示唆され、担当医の判断に基づいて心臓血を採取し、濃度測定に到った非解剖事例数は 15 例であった。その内訳は、男性 9 例、女性 6 例であり、自殺手段としては縊死 13 例、飛び