

国名	自殺予防教育の詳細														フォローアップ				
	予防教育を担当する教師に十分な研修を実施している	教材はすでに準備されている	健康教育など関連させている	自殺の実態を中立に提示	価値観を一方的に押しつける	一生の問題に決めることは稀ではないと強調する	いじめに気づいた時に適切な対処法を解説する	危険な自殺手段を詳しく提示する	ストレスと自殺の適切な関係を解説する	精神障害と自殺を適切に解説する	精神障害には効果的な治療法があることを解説する	同級生に自殺の危険に気づいた場合、大人に相談するよう勧める	他の同級生に問題があった場合、責任を強調する	地域にどのような自殺予防の機会があるか指摘する	ハイリスクの生徒をスクリーニングする方法を用意している	ハイリスクの生徒をサポートするシステムがあるか	ハイリスクの生徒について保護者に告知するか	ハイリスクの生徒を紹介するか	自殺予防教育の評価を実施しているか
オランダ																			
ニュージーランド	○	○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○		
タイ																			
韓国																			
台湾			○		×	○	○	×										○	
香港		○	○	○	×	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	必要に応じて○	○
ウルグアイ																			

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

若年者の自殺の実態と自殺予防に関する研究

研究分担者 齊藤 卓弥（日本医科大学 精神医学教室）

研究協力者 成重竜一郎（日本医科大学 精神医学教室）

川島 義高（日本医科大学 精神医学教室）

研究要旨：

【目的】若年者の自殺行動の実態の特徴を把握するために成人との2つの比較検討を行った。研究1として2011年3月11日の東日本大震災が若年者の自殺行動に与えた影響を調べたさらに、研究2として自殺企図にて日本医科大学高度救命救急センターへ入院となった18歳以下の思春期症例と対照として自殺企図にて日本医科大学高度救命救急センターへ入院となった19歳以上の成人症例を設定し思春期の自殺未遂者の特性を調査した。

【方法】（研究1）日本医科大学高度救命救急センターに搬送された自殺未遂者について、東日本大震災後の2011年3月11日～2011年12月31日の期間と前年同時期（2010年3月11日～2010年12月31日）について診療録等から自殺企図の原因・動機、及び精神科診断を調査し、統計的検討を行った。解析においては、自殺未遂者群を30歳未満の若年層と30歳以上の中高年層とに分け、年齢層ごとに検討を行った。（研究2）2000年1月から2010年12月までに自殺企図にてCCMへ入院となった18歳以下の思春期症例と対照として2009年1月から2009年12月までに自殺企図にてCCMへ入院となった19歳以上の成人症例を設定し思春期の自殺未遂者の特性を調査した。

【結果および考察】（研究1）東日本大震災からの影響に関しては、個々の診断については東日本大震災の前後で有意な変化は認められなかったが、中高年層においてのみ、東日本大震災後に内因性疾患（統合失調症および他の精神病性障害、大うつ病性障害、双極性障害）全体として有意な増加が認められた。自殺未遂の直接的要因としては飲酒が最も多く全体の19.6%で認められた。飲酒を除いた直接的要因数は東日本大震災後で平均0.60個、東日本大震災前で平均0.56個と有意差は認められなかったが、間接的要因数については東日本大震災後で平均0.81個に対して東日本大震災前で平均0.48個と東日本大震災後に有意に増加しており、この傾向は30歳以上でのみ認められた。直接的要因については東日本大震災前と東日本大震災後で大きな変化は認められなかったが、間接的要因については東日本大震災後に「家庭問題」と「その他」が有意に増加しており、この傾向も中高年層でのみ認められた。

（研究2）2001年から2010年までの思春期と成人期の比較では、成人と思春期の間では、自殺企図契機の経済問題と学校問題、親喪失体験において有意差が認められた。また、男女に分けて成人と思春期群を比較した場合、男性においては、精神科診断の統合失調症が有意に思春期に多く、自殺企図契機の経済問題が成人に有意に多かった。女性においては、思春期においてパーソナリティ障害、自殺企図契機の学校問題、親喪失体験が有意に多く、また精神科受診歴が成人において有意に多かった。思春期の自殺未遂者数は、男性よりも女性の方が多く、成人症例と同様の傾向を示した。思春期症例では統合失調症による自殺企図が多く、女性では境界パーソナリティ障害が多く、自殺に寄与する要因にも男女によって成人との間に差が認められており、今後予防の際にも男女の違いを考慮する必要があると考えられる。

【結論】（研究1）東日本大震災は短絡的衝動的な自殺企図を減少させることで全体としては自殺

行動に抑制的に作用した一方で、元々心理社会的脆弱性の高い群においては事例化を促進した可能性が考えられた。ただしこうした特徴は中高年層でのみ認められ、若年層では認められなかったことから、若年層においては自殺行動における東日本大震災の影響が中高年層よりも少ない可能性が考えられた。その理由としては本調査において中高年層で認められた自殺未遂者の特徴は若年層では元々認められる特徴であったことが大きいと考えられた。

(研究2) 長期間の思春期と成人の自殺企図の特性の調査から男女による違いを考慮した予防介入の重要性を示唆している。

A. 研究目的

【研究1の目的】2011年3月11日に発生した東日本大震災は多くの人々に強い心理社会的な影響を与えた。東日本大震災によって自殺行動の特徴にも大きな変化が生じている可能性があり、実際に警察庁が公表した2011年の自殺者の状況においても東日本大震災後に例年とは異なる自殺者数の変動が認められている。本分担研究の目的は重症自殺未遂者の調査を通じて若年層の自殺の特徴を明らかにすることにあるが、こうした社会状況の変化を受けて、東日本大震災前後における自殺の特徴の連続性を改めて検討する必要が生じた。そのため、本年度は全年齢層について東日本大震災前後における自殺企図の特徴の変化について検討を行うこととした。

【研究2の目的】思春期とは、標準的な財政状態、身体疾患、職業上の責務、コーピングスタイル、ソーシャルサポートネットワーク、そして通俗的に受けるストレス因の観点から成人とは異なる。また、思春期とは発達の移行期であり、発達の観点からも成人とは異なる。例えば、彼らは身体的成熟の獲得、性的もしくは攻撃的な衝動性のコントロール、家族から自立して新しい魅力的な異性との関係を模索すること、そして自我同一性の獲得に対して葛藤する。そして、両親への依存が減少していき、成長促進に繋がる友人に頼ることが増えていく。また、思春期の自殺行動は成人の自殺行動とは異なった背景から生じるといわれている。例えば、思春期の自殺行動は、しばしば主体性の葛藤を含んだ家族葛藤、学問や規律の困難さ、または成長していくうえで重要となる友人関係の崩壊を背景と

して生じる。自殺対策に関して、ライフサイクルの重要性を指摘する研究があるにもかかわらず、自殺傾向を含めた若者のこころの健康への対策は発達の視点が考慮されていないことがある。さらに、成人向けに考案された対策を思春期に当てはめて用いられることがしばしばある。

以上のことから本研究では、思春期と成人の自殺未遂者の比較を通して、思春期の自殺未遂者の特性を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

【研究1の方法】日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬送された症例の中から、明確な自殺の意思に基づく自傷行動、すなわちコロンビア分類における「自殺企図(suicide attempt)」に分類され、かつ未遂となった症例を調査対象とした。調査対象期間は東日本大震災後の2011年3月11日～2011年12月31日(期間A)と前年同期にあたる2010年3月11日～2010年12月31日(期間B)とした。

調査対象症例については、診療録等の記録から自殺企図に至った原因・動機、及びDSM-IV-TRに基づく精神科診断を調査し、統計的検討を行った。

原因・動機の調査においては、2010年の警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の分類(表1)に基づいて分類を行った。ただし、警察庁統計では原因・動機を1件につき3つまでとしているが、本研究においては1件あたりの原因・動機数の制限は行わなかった。また、対象症例についてはDSM-IV-TRに基づいた精神科診断を行っているため、警

警察統計における「健康問題」中の精神疾患に関連する項目（「病気の悩み・影響（うつ病）」、「病気の悩み・影響（統合失調症）」、「病気の悩み・影響（アルコール依存症）」、「病気の悩み・影響（薬物乱用）」、「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」）は今回の調査において分類項目から外すこととした。

ところで、警察統計においては、自殺企図の直接の契機となった事象と背景として自殺企図に間接的に影響を与えた事象を一括して原因・動機として分類している。しかし、自殺企図の直接的要因と間接的要因では自殺予防対策としての介入可能性や手法が大きく変わる可能性がある。そこで本研究においては、自殺企図の直接的要因と間接的要因とを区別してそれぞれ分類を行うこととした。

また原因・動機の分類は警察統計における細分類に沿って行ったが、解析は大分類ごと（「家庭問題」、「健康問題」、「経済・生活問題」、「勤務問題」、「男女問題」、「学校問題」、「その他」）に行った。それに伴い、1症例で同じ大分類に属する細分類が複数認められた場合、解析上はその大分類に属する原因・動機の有無を考え、原因・動機数1として計上した。

統計的検討においては、調査対象症例群を30歳未満と30歳以上とに分け、期間Aにおける30歳未満群（A1群）と期間Bにおける30歳未満群（B1群）、及び期間Aにおける30歳以上群（A2群）と期間Bにおける30歳以上群（B2群）との間で比較を行った。各群の年齢、直接的要因数、間接的要因数については、それらの平均値について Student の t 検定を用いた解析を行い、各群の性別、精神科診断、原因・動機については、それらの有無についてカイ二乗検定、または Fisher の正確確率検定を用いた解析を行った。Fisher の正確確率検定については分割表に期待値が5以下となるセルがある場合に用いた。いずれの解析においても、両側確率で $p < 0.05$ を統計的に有意とした。全ての統計解析は PASW Statistics 18 を用いて行った。

【研究2の方法】2000年1月から2010年12月までに自殺企図にて日本医科大学付属病院高度救命救急センターへ入院となった18歳以下の思春期症例は合計59名に対して、2009年1月から2009年12月までに自殺企図にて日本医科大学付属病院高度救命救急センターへ入院となった19歳以上の成人症例は合計102症例を対照群として比較検討を行った。

かかりつけ医からの情報や過去の精神科治療に関する情報を含んだ診療録から後方視的な研究手法を取った。全対象者の年齢、性別、精神症状や精神科診断、自殺企図手段、自殺企図契機、自傷歴、精神科受診歴、18歳までの親喪失体験、三親等以内の家族の精神科受診歴を含めた臨床的特性や心理社会的要因を収集した。

自殺企図の定義は最近の自殺学専門家の共通認識に基づいて行った。少なくとも人生を終わらせようという意志があり結果的に致死的な行動に至った自傷行為を自殺企図と定義した。また、過去の希死念慮や自殺願望、自殺企図歴のような客観的な情報に基づいて自殺を定義した。そして、自殺企図と死ぬ意志がない自傷行為とを区別した。さらに、自殺企図契機の定義を自殺企図の原因および自殺企図に影響を与えた要因（例えば、精神病症状やうつ状態による社会機能不全）とした。

（倫理面への配慮）

データの処理に当たっては個人が特定されることのないよう十分な配慮を行っており、データの管理においても外部への個人情報の漏洩がないよう徹底した。

C. 研究結果

【研究1の結果】結果については表2、3、4に詳細を示す。

（1）対象症例詳細

調査対象期間全体における対象症例数は143人（男性64人、女性79人）であった。期間Aにおける対象症例数は63人（男性30人、女性33人）、期間Bにおける対象症例数は80人（男性34人、女性46人）であった。

また、A1 群は 19 人（男性 9 人、女性 10 人）、B1 群は 23 人（男性 8 人、女性 15 人）、A2 群は 44 人（男性 21 人、女性 23 人）、B2 群は 57 人（男性 26 人、女性 31 人）であった。各群間で性別、年齢に有意な差は認めなかった。

(2) 精神科診断

調査対象期間における対象症例 143 人中 137 人（95.8%）は何らかの精神疾患を有していた。その内、気分障害と診断された症例が 54 人（37.8%）と最も多く、次いで統合失調症および他の精神病性障害と診断された症例が 34 人（23.8%）であった。なお、気分障害と診断された症例の内、大うつ病性障害または双極性障害と診断された症例は 33 例（23.1%）、気分変調性障害と診断された症例は 21 例（14.7%）であった。精神科診断に関して期間 A と期間 B の比較においては統計的に有意な差は認められなかった。A1 群と B1 群、および A2 群と B2 群の比較においても個別の診断に関しては統計的に有意な差は認められなかったが、A2 群と B2 群の比較において、内因性疾患の診断（統合失調症および他の精神病性障害、大うつ病性障害、双極性障害の合計、これらの診断に重複はない）に関しては A2 群で 44 人中 28 人であったのに対し、B2 群で 57 人中 25 人であり、統計的に有意な差が認められた（カイ二乗検定）。

(3) 精神疾患を除く原因・動機数

原因・動機を調査する中で、直接的要因として飲酒が認められた例が多く認められた。しかし飲酒は警察庁統計における原因・動機の分類項目に含まれておらず「その他」の「その他」への計上となるため、飲酒については原因・動機の分類から除き、別に集計を行うこととした。なお、ここでの飲酒は、薬の効きをよくするための飲酒等自殺企図の一部として認められた例ではなく、飲酒により希死念慮が強まり自殺企図に至った例に限られている。その結果、143 人中 28 人（19.6%）で飲酒が自殺企図の要因となっており、精神疾患以外で最も多い自殺企図の原因・動機となっていた。各群では A1 で 2 人（10.5%）、B1

で 5 人（21.7%）、A2 で 8 人（18.2%）、B2 で 13 人（22.8%）であり、数としては年齢層を問わず飲酒を原因・動機とした自殺企図は東日本大震災後に減少していたが、統計的な有意差は認められなかった。

直接的要因数は期間 A で平均 0.60 個、期間 B で平均 0.56 個と有意差は認められず、A1 群と B1 群、および A2 群と B2 群の比較においても同様に有意差は認められなかった。一方、間接的要因数については期間 A で平均 0.81 個に対して期間 B で平均 0.48 個と東日本大震災後に増加しており、両期間の差は統計的に有意であった（Student の t 検定）。A1 群と B1 群、および A2 群と B2 群の比較においては、A2 群と B2 群との比較においてのみ、間接的要因数が有意に増加していた（Student の t 検定）。

(4) 直接的要因

直接的要因に関しては、期間 A においては「家庭問題」、「経済・生活問題」、「男女問題」の順で多く、期間 B においては「家庭問題」、「男女問題」、「経済・生活問題」の順で多かった。期間 A と期間 B の比較、A1 群と B1 群の比較、A2 群と B2 群の比較のいずれにおいても統計的に有意な差は認められなかった。

(5) 間接的要因

間接的要因に関しては、期間 A においては「家庭問題」が期間 B と比較して大きく増加しており、その差は統計的に有意であった（カイ二乗検定）。併せて「その他」についても期間 A において期間 B と比較して統計的に有意な増加が認められた（Fisher の正確確率検定）。これらの変化により、期間 B において「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」の順で多かったのが、期間 A においては「家庭問題」が最も多くなり、「その他」が「経済・生活問題」、「勤務問題」と並び 2 番目に多くなっていた。

A1 群と B1 群の比較においては統計的に有意な差は認められなかった。A1 群と B1 群、および A2 群と B2 群の比較においては、A2 群と B2 群との比較においてのみ「家庭問題」

の有意な増加（カイ二乗検定）、「その他」の有意な増加（Fisher の正確確率検定）が認められた。

【研究2の結果】全対象者の中で思春期症例は、男性15名（25%）、女性44名（75%）であり、年齢幅は13歳-18歳、平均年齢は16.39歳（SD=1.5）であった。年齢の増加に伴い、症例数は増加していた。成人症例は、男性37名（36%）、女性65名（64%）であり、年齢幅は19歳-79歳、平均年齢は39.45歳（SD=13.2）であった。思春期症例と成人症例共に男性よりも女性が多かった。

本調査では、思春期と成人との相違点を検討するために、まず二分変数や名義尺度に対してPearsonのカイ二乗検定とFisherの直接確率検定を用いて解析を行った。その結果、成人と思春期の間では、自殺企図契機の経済問題($\chi^2(1)=8.33$; $p<.01$)と学校問題($\chi^2(1)=20.87$; $p<.001$)、親喪失体験($\chi^2(1)=10.26$; $p<.01$)において有意差が認められた。

また、これまでの思春期の自殺未遂者に関する報告では、一貫して明らかな性差を示しているため、本報告では男女別に解析を行った。その結果、男女に分けて成人と思春期群を比較した場合、男性においては、精神科診断の統合失調症が有意に思春期に多く($\chi^2(1)=7.59$; $p<.05$)、自殺企図契機の経済問題が成人に有意に多かった($\chi^2(1)=5.75$; $p<.05$)。女性においては、精神科診断で思春期のパーソナリティ障害($\chi^2(1)=5.32$; $p<.05$)、自殺企図契機の学校問題($\chi^2(1)=19.92$; $p<.001$)、親喪失体験($\chi^2(1)=8.84$; $p<.01$)が有意に多く、精神科受診歴($\chi^2(1)=4.41$; $p<.05$)が成人において有意に多かった。

D. 考察

【研究1の考察】東日本大震災後の約10か月間に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬送された自殺未遂者数は前年同時期との比較で20%以上減少している。このことから、少なくとも調査対象期間において、東日本大震災は自殺行動に対して抑制的に作用

したことが考えられる。東日本大震災後の自殺未遂者の原因・動機において間接的要因が多くなっているという特徴と併せて考えると、東日本大震災により直接的要因に強く左右された短絡的衝動的な自殺企図が減少したことが推定される。統計的には有意ではなかったが、今回の調査で精神疾患を除き最も多い自殺企図の原因・動機であった飲酒が東日本大震災後に減少していたことも、こうした推測を支持していると考えられる。

一方で、間接的要因の中でも特に「家庭問題」の増加が顕著であり、また中高年層で適応障害などの神経症性の疾患ではなく内因性疾患を背景とした自殺未遂者が増加していることから、自殺行動に非社会的な要因がより影響しやすくなっていることが推定される。このことは、東日本大震災後の自殺未遂者の特性として社会的な活動に十分参加できていないという点での心理社会的脆弱性の高さを示している可能性がある。すなわち心理社会的脆弱性の高い群については東日本大震災後に事例化が促進されたことが推定される。

ところで、こうした自殺未遂者の特徴の変化は、主に中高年層で認められた反面、若年層では認められなかった。若年層は元々家庭の影響が強く、また統合失調症等の内因性疾患の発症リスクが高い。そういう点において、若年層の自殺未遂者は今回中高年層の自殺未遂者で認められた特徴をそもそも有していると考えられ、その点で東日本大震災後の社会的変化によってもその特徴に大きな変化が生じなかったものと考えられる。

【研究2の考察】思春期の自殺未遂者の特性について、精神科診断、企図手段、企図契機、心理社会的要因に焦点を当て、成人の自殺未遂者との比較を通して検討した最初の研究である。思春期の自殺未遂者数は、男性よりも女性の方が多く、成人症例と同様の傾向を示した。思春期症例では統合失調症による自殺企図が多く、女性では境界パーソナリティ障害が多く、自殺に寄与する要因にも男女によって成人との間に差が認められており、今後

予防の際にも男女の違いを考慮する必要性があると考えられる。

E. 結論

東日本大震災は、自殺行動に少なからず影響を与えたことが明らかになった。東日本大震災後の自殺行動の特徴が心理社会的脆弱性の高い群の事例化にあるとすれば、そうした群への介入において地域保健や精神科医療が果たす役割はこれまで以上に大きくなっていると考えられる。また、東日本大震災後に若干の減少を認めたとはいえ、今回の調査からは飲酒が自殺行動に大きく影響していることも明らかとなり、そのことを普及啓発していくにあたって、地域保健、精神科医療の果たす役割は大きいと考えられる。また、長期間の思春期と成人の自殺企図の特性の調査から男女による違いを考慮した予防介入の重要性を示唆している。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 子どもの気分障害：齊藤卓弥：小児科臨床(0021-518X)64巻5号 Page845-852
- 2) 児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態と安全性に関する全国調査：宇佐美政英、齊藤万比古、傳田健三、齊藤卓弥、岡田俊、松本英夫、山田佐登留：児童青年精神医学とその近接領域 52巻1号 Page21-35(2011.02)
2. 学会発表
- 1) Yoshitaka Kawashima, Takao Ito, Ryuichiro Narishige, Takuya Saito, Yoshiro Okubo. 2011. Gender differences in suicide attempts among adolescents in Japan. XXVI International Association for Suicide Prevention World Congress, September, in Beijing, China.
- 2) 川島義高 伊藤敬雄 成重竜一郎 大高

靖史 齊藤卓弥 大久保善朗 2011 精神科未治療の自殺未遂者の特性—思春期症例を対象として— 第35回日本自殺予防学会総会, 12月, 沖縄.

- 3) 齊藤卓弥 シンポジウム3 成長と発達から見た気分障害 第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島
- 4) 寒河江亜衣子、大島希、大御均、齊藤卓弥 地域に出ていくこと—予防：早期介入をめざして—第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島
- 5) 澤谷篤、成重竜一郎、齊藤卓弥 総合病院における小児精神リエゾンの展開 第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島
- 6) 鈴木砂由里、成重竜一郎ほか 児童思春期専門ユニットを用いた治療のあり方の検討 第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島
- 7) 大島希、成重竜一郎ほか 児童・思春期における有機的サポートにむけたアプローチの検討 52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島
- 8) 成重竜一郎 ほか 地域医療としての児童思春期精神科医療を目指す取り組み 2回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島
- 9) 齊藤卓弥、成重竜一郎 日本における『子供のせん妄の診断・治療ガイドライン』第24回日本総合病院精神医学総会 11月 福岡
- 10) 齊藤卓弥 日本における『子供のせん妄の診断・治療ガイドライン』の作成について 第107回 日本精神神経学術総会 10月東京

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 2010年の警察庁統計（「平成22年中における自殺の概要資料」）における自殺の原因・動機
の分類項目

家庭問題
親子関係の不和，夫婦関係の不和，その他家族関係の不和，家族の死亡，家族の将来悲観，家族からのしつけ・叱責，子育ての悩み，被虐待，介護・看病疲れ，その他
健康問題
病気の悩み（身体の病気），病気の悩み・影響（うつ病），病気の悩み・影響（統合失調症），病気の悩み・影響（アルコール依存症），病気の悩み・影響（薬物乱用），病気の悩み・影響（その他の精神疾患），身体障害の悩み，その他
経済・生活問題
倒産，事業不振，失業，就職失敗，生活苦，負債（多重債務），負債（連帯保証債務），負債（その他），借金の取り立て苦，自殺による保険金支給，その他
勤務問題
仕事の失敗，職場の人間関係，職場環境の変化，仕事疲れ，その他
男女問題
結婚をめぐる悩み，失恋，不倫の悩み，その他交際をめぐる悩み，その他
学校問題
入試に関する悩み，その他進路に関する悩み，学業不振，教師との人間関係，いじめ，その他学友との不和，その他
その他
犯罪発覚等，犯罪被害，後追い，孤独感，近隣関係，その他

表2 東日本大震災前後での自殺未遂者の比較（全年齢）

	A (n=63)	B (n=80)	significance
平均年齢±S.E.(歳)	40.2±1.97	41.7±1.99	NS [§]
男性/女性	30/33	34/46	NS [†]
直接的要因数	38	45	NS [§]
間接的要因数	51	38	p=0.013 [§]
飲酒 (精神科診断)	10	18	NS [†]

物質関連障害	6	5	NS [‡]
内因性疾患	33	34	NS [¶]
統合失調症および他の精神病性障害	17	17	NS [¶]
大うつ病性障害, 双極性障害	16	17	NS [¶]
気分変調性障害	9	12	NS [¶]
適応障害	7	11	NS [¶]
パーソナリティ障害	6	10	NS [¶]
その他精神科診断	4	6	NS [‡]
精神科診断なし	1	5	NS [‡]
(原因・動機)			
直接的要因: 家庭問題	12	14	NS [¶]
直接的要因: 健康問題	0	0	
直接的要因: 経済・生活問題	8	8	NS [¶]
直接的要因: 勤務問題	1	5	NS [‡]
直接的要因: 男女問題	6	10	NS [¶]
直接的要因: 学校問題	3	2	NS [‡]
直接的要因: その他	4	5	NS [‡]
間接的要因: 家庭問題	16	8	0.014 [¶]
間接的要因: 健康問題	2	3	NS [‡]
間接的要因: 経済・生活問題	9	13	NS [¶]
間接的要因: 勤務問題	9	5	NS [¶]
間接的要因: 男女問題	2	3	NS [‡]
間接的要因: 学校問題	0	1	NS [‡]
間接的要因: その他	9	2	0.011 [‡]

[‡] Student's t-test, [¶] chi-square test, [†] Fisher's exact test

A: 2011.3.11-2011.12.31 における対象症例

B: 2010.3.11-2010.12.31 における対象症例

表3 東日本大震災前後での自殺未遂者の比較 (30歳未満)

	A1 (n=19)	B1 (n=23)	significance
平均年齢±S.E.(歳)	22.4±1.00	22.7±0.86	NS [§]
男性/女性	9/10	8/15	NS [¶]
直接的要因数	14	12	NS [§]
間接的要因数	10	10	NS [§]
飲酒	2	5	NS [†]
(精神科診断)			
物質関連障害	0	1	NS [†]
内因性疾患	5	9	NS [¶]
統合失調症および他の精神病性障害	4	5	NS [†]
大うつ病性障害, 双極性障害	1	4	NS [†]
気分変調性障害	3	5	NS [†]
適応障害	3	3	NS [†]
パーソナリティ障害	5	5	NS [†]
その他精神科診断	1	2	NS [†]
精神科診断なし	1	1	NS [†]
(原因・動機)			
直接的要因:家庭問題	3	2	NS [†]
直接的要因:健康問題	0	0	
直接的要因:経済・生活問題	2	0	NS [†]
直接的要因:勤務問題	1	1	NS [†]
直接的要因:男女問題	2	5	NS [†]
直接的要因:学校問題	3	2	NS [†]
直接的要因:その他	1	2	NS [†]
間接的要因:家庭問題	3	3	NS [†]
間接的要因:健康問題	0	1	NS [†]
間接的要因:経済・生活問題	2	1	NS [†]
間接的要因:勤務問題	2	1	NS [†]
間接的要因:男女問題	0	1	NS [†]
間接的要因:学校問題	0	1	NS [†]
間接的要因:その他	3	1	NS [†]

[§] Student's t-test, [¶] chi-square test, [†] Fisher's exact test

A1: 2011.3.11-2011.12.31 における 30 歳未満の対象症例

B1: 2010.3.11-2010.12.31 における 30 歳未満の対象症例

表 4 東日本大震災前後での自殺未遂者の比較 (30 歳以上)

	A2 (n=44)	B2 (n=57)	significance
平均年齢±S.E.(歳)	47.9±1.82	49.3±2.03	NS ^s
男性/女性	21/23	26/31	NS ^{fl}
直接的要因数	24	33	NS ^s
間接的要因数	41	28	p=0.010 ^s
飲酒	8	13	NS ^{fl}
(精神科診断)			
物質関連障害	6	4	NS [†]
内因性疾患	28	25	p=0.048 ^{fl}
統合失調症および他の精神病性障害	13	12	NS ^{fl}
大うつ病性障害, 双極性障害	15	13	NS ^{fl}
気分変調性障害	6	7	NS ^{fl}
適応障害	4	8	NS ^{fl}
パーソナリティ障害	1	5	NS [†]
その他精神科診断	3	4	NS [†]
精神科診断なし	0	4	NS [†]
(原因・動機)			
直接的要因: 家庭問題	9	12	NS ^{fl}
直接的要因: 健康問題	0	0	
直接的要因: 経済・生活問題	6	8	NS ^{fl}
直接的要因: 勤務問題	0	4	NS [†]
直接的要因: 男女問題	4	5	NS [†]
直接的要因: 学校問題	0	0	
直接的要因: その他	3	3	NS [†]
間接的要因: 家庭問題	13	5	0.007 ^{fl}
間接的要因: 健康問題	2	2	NS [†]
間接的要因: 経済・生活問題	7	12	NS ^{fl}
間接的要因: 勤務問題	7	4	NS [†]

間接的要因:男女問題	2	2	NS [‡]
間接的要因:学校問題	0	0	
間接的要因:その他	6	1	0.041 [†]

[‡] Student's t-test, [¶] chi-square test, [†] Fisher's exact test

A2: 2011.3.11-2011.12.31 における 30 歳以上の対象症例

B2: 2010.3.11-2010.12.31 における 30 歳以上の対象症例

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

困窮者の自殺の実態と自殺予防に関する研究

研究分担者	栗田 圭一	(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者	井藤 佳恵	(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
	岡村 毅	(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所)
	森川すいめい	(医療法人社団一陽会陽和病院/NPO 法人 TENOHASHI)
	的場 由木	(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)
	富岡伸一郎	(三楽病院精神科/NPO 法人 TENOHASHI)
	森 玲子	(淑徳大学大学院総合福祉研究科心理臨床センター/ NPO 法人 TENOHASHI)
	川添 敏弘	(学校法人ヤマザキ学園/NPO 法人 TENOHASHI)
	池田 亜衣	(社会福祉法人北区社会福祉協議会権利擁護センターあんしん北/ NPO 法人 TENOHASHI)
	三宅 弘志	(社会福祉法人東京援護協会緊急一時保護センター練馬寮/ NPO 法人 TENOHASHI)
	富岡 悠	(社会福祉法人東京援護協会緊急一時保護センター練馬寮/ NPO 法人 TENOHASHI)
	宇賀神恵理	(埼玉医科大学保健医療学部看護学科/NPO 法人 TENOHASHI)
	中村あずさ	(NPO 法人メドウサン・デュ・モンド ジャパン/ NPO 法人 TENOHASHI)
	奥田 浩二	(市川市福祉部福祉事務所)
	菊池 良恵	(ほとむあっぷ研究会)
	山本 創	(患者の生活・就労をつむぐ会)
	安原 弘樹	(ASUPPORT 川口)
	古木 大介	(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)
	水田 恵	(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)
	滝脇 憲	(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)
	千葉みずき	(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)

研究要旨：

【目的】大都市に在住する生活困窮者の自殺関連行動と精神的健康状態の実態を調査するとともに、東京都 S 地区の生活困窮者支援団体が簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者に提供している「日常生活支援」の可視化を試みた。

【方法】東京都 I 地区および S 地区で非営利活動法人の団体に支援されている生活困窮者 423 人を対象に「生活困窮者の精神保健福祉ニーズ調査票」を用いた面接聞き取り調査を行った。調査票には、自殺関連行動とともに、人口統計学的変数、社会的変数、身体的健康関連変数、精神的健康関連変数に関する質問項目が含まれている。S 地区の簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者に対しては「日常生活支援リスト」を用いた聞き取り調査を併せて実施した。

【結果】(1)最近 2 週間の反復する自殺念慮が 29 人(6.9%)に認められ、多変量ロジスティック回

帰分析によって「精神的健康状態が不良であること」「住まいがないこと」「困った時に相談できる人がいないこと」が独立の関連要因であることが示された。(2)日本語版 WHO-5<13 を基準とする精神的健康度不良が 226 人 (57.1%) に認められた。説明変数の探索的因子分析から 4 因子が抽出され、それぞれ「住まいと収入」「相談によるサポート」「病気のときのサポート」「身体的健康」と命名した。重回帰分析 (ステップワイズ法) によって「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如と収入の不足」「相談によるサポートの欠如」が精神的健康度不良の独立の関連要因であることが示された。(3) S 地区の生活困窮者支援団体が提供している「日常生活支援」の中で、30%以上の人に求められている支援は、①生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳などの手続きをしてもらう、②体調が悪い時に相談にのってもらい、対応してもらう、③食事の準備をもらう、④部屋の掃除、かたづけ、ゴミ出し、室温調整、換気をしてもらう、⑤診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整してもらう、⑥出入金の記録、通帳管理など日常的な金銭管理をもらう、⑦毎日きちんと服薬できるように管理してもらう、⑧寂しい時や困った時に相談にのってもらい、であった。

【結論】(1)「精神的健康状態の不良」「住まいの欠如」「相談によるサポートの不足」は、生活困窮者の自殺関連行動の重大な関連要因である。(2)「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如と収入の不足」「相談によるサポートの不足」は、生活困窮者の精神的健康度低下の重大な関連要因である。(3)生活困窮者を対象に、「住まいの支援」(簡易宿泊所・自立支援ホームなど)と「日常生活支援」(情緒的・情動的・手動的ソーシャルサポート)を総合的に提供している支援団体が存在する。こうした団体の活動が、生活困窮者の自殺予防と精神的健康度の改善に寄与し得る可能性があり、このことを検証することが今後の研究課題となる。

A. 研究目的

平成 22 年度の研究において、生活困窮者のメンタルヘルスを含む包括的な支援ニーズを把握するための調査票「生活困窮者の精神保健福祉ニーズ調査票」を作成し、パイロット調査によって、その実用性と調査の実施可能性を確認した¹⁾。平成 23 年度には、本調査票を用いて、東京都 I 地区の路上生活者(非営利活動法人 TENOHASHI が支援)と東京都 S 地区の簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者(非営利活動法人ふるさとの会が支援)を対象に面接聞き取り調査を実施し、自殺関連行動の実態(研究 1)と精神的健康状態の実態(研究 2)を分析した。また、東京都 S 地区で、支援団体の援助の下で簡易宿泊所・自立支援ホームを利用している生活困窮者を対象に、同団体が提供している「日常生活支援」(同団体の命名による呼称)を可視化させることを試みた(研究 3)。

B. 研究方法

I 地区および S 地区において調査に協力が得られた 423 人(I 地区: 84 人、うち男性 81 人、年齢範囲 29~75 歳; S 地区: 339 人、うち男性 311 人、年齢範囲 20~95 歳)を対象にして、以下の方法で研究 1~研究 3 の調査・分析を実施した。研究協力が得られた 423 人の属性は表 1 の通りである(表 1-1~1-4)。

研究 1: 自殺関連行動の実態調査

I 地区および S 地区において調査に協力が得られた 423 人のうち、自殺関連行動の質問項目に欠損値のない 419 人を対象に、自殺関連行動の出現頻度と関連要因を分析した。

自殺関連行動は MINI および Suicide Ladder (Paykel ES) を参考にして、①最近 2 週間の自殺関連行動について「死にたいと繰り返し考える」「自分を傷つけたいと繰り返し考える」「自殺について繰り返し考える」「自殺の計画をしたことがある」「実際に自殺を試みたことがある」の 5 項目と、②生涯の自殺関連行動について「今までの人生で自殺を試みたことがある」について調査した。

関連要因の分析については、人口統計学的要因、社会的要因、身体的健康関連要因、精神的健康関連要因を説明変数とし、はじめに単変量解析で有意な関連要因を探索し、次に単変量解析で有意な関連を認めた変数のうち、多重共線性を考慮して選択した変数を強制投入した多変量ロジスティック回帰分析を行い、関連要因の回帰モデルを作成した。

研究2：精神的健康状態の実態調査

I 地区および S 地区において調査に協力が得られた 423 人のうち、日本語版 WHO-5 に欠損値のない 419 人を対象に、精神的健康度の分布と関連要因を分析した。

精神的健康度については日本語版 WHO-5 を用い、13 点未満を精神的健康度不良とした。関連要因の分析については、はじめに、人口統計学的要因、社会的要因、身体的健康関連要因、精神的健康関連要因の各質問項目の回答について探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、潜在因子を抽出した。次に、抽出された因子を説明変数に投入した重回帰分析（ステップワイズ法）によって有意に関連する要因を検出した。

研究3：「日常生活支援」の内容の調査

S 地区の支援団体によって提供されている「日常生活支援」の具体的内容に関する 11 カテゴリー44 項目のリストを支援団体のスタッフで組織されたワーキンググループで作成した。同リストを用いて、「現在、そのような支援を必要としているか」についての質問票を作成し（現在、そのような支援をすでに受けている場合にも“必要あり”と回答する）、同質問票を用いて S 地区で支援されている生活困窮者を対象に面接聞き取り調査を行った。S 地区において協力が得られた 339 人（男性 311 人、女 28 人）を対象に、各項目について“必要あり”とされた事例の出現頻度を調査し、出現頻度の高い項目のリストを作成した。（倫理面への配慮）

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。調査の実施にあたっては全対象者に研究の目的、

方法、不利益、同意撤回の自由、個人情報保護について文書と口頭による説明を行い、文書による同意を得た。資料は実施責任者の鍵付き書庫に保管・管理するとともに、調査データは個人を特定できないようにコード化し、パスワードを設定した電子ファイルを作成して管理した。

C. 研究結果

研究1：自殺関連行動の実態調査

自殺関連行動の出現頻度を表 2 に示す。最近 2 週間の自殺関連行動は（表 2-1）、「死にたいと繰り返し考える」が 51 人（12.2%）、「自分を傷つけたいと繰り返し考える」が 20 人（4.8%）、「自殺について繰り返し考える」が 29 人（6.9%）、「自殺の計画をしたことがある」が 22 人（5.3%）、「実際に自殺を試みたことがある」が 11 人（2.7%）であった。生涯の自殺関連行動については（表 2-2）、「今までの人生で自殺を試みたことがある」が 74 人（17.7%）であった。

「自殺について繰り返し考える」（反復する自殺念慮）を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施したところ、単変量解析では、非高齢者であること、住まいがないこと、主観的健康感が不良であること、心身の健康状態に不安があること、視覚障害があること、精神的健康度が不良であること、不眠症の既往があること、2 週間以上続く抑うつ気分があること、2 週間以上続く興味・楽しみの喪失があること、うつ病エピソードの疑いがあること、会うとホッとできる人がいないこと、困ったときに相談できる人がいないこと、体の具合が悪い時に相談できる人がいないこと、が反復する自殺念慮と有意に関連した（表 3-1～3-4）。単変量解析で有意な関連を認めた変数から、多重共線性を考慮して、社会的要因から「生活の場」「困った時に相談できる人」、健康関連要因から「精神的健康度」「主観的健康感」を選択して、2 つの回帰モデルを作成した。その結果、①モデル1は、「精神的健康度が不良であること」（OR=3.68、

95%CI=1.22-11.05)、「住まいがないこと」(OR=2.39, 95%CI=1.03-5.56)、「困った時に相談できる人がいないこと」(OR=2.31, 95%CI=0.98-5.43)で構成され、モデル2は、「主観的健康感が不良であること」(OR=2.75, 95%CI=1.21-6.26)、「住まいがないこと」(OR=2.62, 95%CI=1.14-6.03)、「困った時に相談できる人がいないこと」(OR=2.51, 95%CI=1.08-5.83)で構成された(表4-1~4-2)。

研究2：精神的健康の実態調査

日本語版 WHO-5 に欠損値のない 396 人を解析対象とした。日本語版 WHO-5 の平均±標準偏差は 11.81±5.34、13 点未満を基準とする精神的健康度不良は 226 人(57.1%)に認められた。説明変数の各質問項目の回答を因子分析(最尤法, プロマックス回転)した結果、4 因子(住まいと収入, 相談によるサポート, 病気のときのサポート, 身体的健康状態)が抽出された(表5)。4 因子を説明変数に投入した重回帰分析では、「身体的健康状態の不良」($p<0.001$)、「住まいの欠如と収入の不足」($p=0.038$)、「相談によるサポートの不足」($p=0.011$)が、精神的健康度不良と有意に関連した(表6)。

研究3：「日常生活支援」の可視化

11 カテゴリーを、支援を必要とする人の出現頻度が高い順に並べると、①社会サービスの利用・調整、②健康の保持、③安心生活、④食事、⑤社会生活の保持、⑥居住環境の保持、⑦安全の確保、⑧清潔保持、⑨移動、⑩排泄、⑪就寝・起床であった(図1)。各カテゴリーについて、支援が必要とする人の出現頻度が高い順に項目を並べると図2~図12のようになった。30%以上の人に求められている支援の項目は、①生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳などの手続きをしてもらう(51.1%)、②体調が悪い時に相談にのってもらい、対応してもらう(43.1%)、③食事の準備をもらう(40.0%)、④部屋の掃除、かたづけ、ゴミ出し、室温調整、換気をしてもらう(38.8%)、⑤診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整してもらう(36.1%)、⑥出

入金の記録、通帳管理など日常的な金銭管理をしてもらう(32.0%)、⑦毎日きちんと服薬できるように管理してもらう(30.1%)、⑧寂しい時や困った時に相談にのってもらう(30.0%)、であった。

D. 考察

研究1では、大都市に暮らす生活困窮者における自殺関連行動の関連要因として、「精神的健康度が不良であること」「住まいがないこと」「困った時に相談できる人がいないこと」の重要性が示された。このことは、生活困窮者の自殺リスクが経済的問題によって直接規定されているわけではなく、①精神的健康、②住まい、③情緒的・社会的サポートなどの要因が、自殺リスクを規定する重大な要因になっていることを示すものである。

研究2では、大都市に暮らす生活困窮者の精神的健康度低下の関連要因として、「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如や収入の不足」「相談によるサポートの不足」の重要性が示された。このことは、①保健・医療、②住まい、③経済、④相談をキーワードとする情緒的・情動的・手段的・社会的サポートが、生活困窮者の精神的健康度の改善に寄与する可能性を示すものである。

研究3では、生活困窮者を対象に簡易宿泊所・自立支援ホーム等による「住まい」の支援を提供している団体が、同時に、困ったときや病気のときその相談による支援、制度利用の支援、食事・家事・金銭管理・服薬管理・通院についての支援を、「日常生活支援」という名称の下で提供していることが可視化された。これらの支援は、情緒的・情動的・手段的・社会的サポートに相当するものである。このように、東京都S地区には、「住まい」の支援とともに、「情緒的・情動的・手段的・社会的サポート」を統合的に提供している団体がある。このような支援団体の活動が、実際に、生活困窮者の自殺予防と精神的健康度の改善に寄与し得るものか否か、このことを確認することが今後の研究課題として残され

ている。

現在、S 地区の支援団体に支援されている生活困窮者で、最近 2 週間の自殺関連行動が認められた事例を対象に、具体的にどのような支援が提供されてきたかを縦断的に調査しているところである。次年度には、こうした支援が自殺関連行動や精神的健康度にいかなる影響を及ぼすものであるかを検討する予定である。

E. 結論

- (1) 「精神的健康状態の不良」「住まいの欠如」「相談によるサポートの不足」は、生活困窮者の自殺関連行動の重大な関連要因である。
- (2) 「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如と収入の不足」「相談によるサポートの不足」は、生活困窮者の精神的健康度低下の重大な関連要因である。
- (3) 生活困窮者を対象に、「住まいの支援」(簡易宿泊所・自立支援ホームなど)と「日常生活支援」(情緒的・情動的・手段的ソーシャルサポート)を総合的に提供している支援団体が存在する。こうした団体の活動が、生活困窮者の自殺予防と精神的健康度の改善に寄与し得る可能性があり、このことを検証することが今後の研究課題となる。

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 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用文献

栗田主一ほか：困窮者の自殺の実態と自殺予

防に関する研究. 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」(研究代表者加我牧子) 総括・分担研究報告書. p91-p102, 2011.

表 1. 対象者の特徴

表 1-1. 人口統計学的変数

項目	区分	I 地区		S 地区		計	
		出現数	頻度(%)	出現数	頻度(%)	出現数	頻度(%)
性別							
	男	81/84	96.4	331/339	91.7	392/423	92.7
年齢							
	20 代	1	1.2	6	1.9	7	1.7
	30 代	7	8.3	12	3.8	19	4.7
	40 代	15	17.9	33	10.4	48	11.9
	50 代	25	29.8	47	14.8	72	17.9
	60 代	33	39.3	140	44	173	43
	70 代	3	3.6	68	21.4	71	17.7
	80 代	0	0	11	3.5	11	2.7
	90 代	0	0	1	0.3	1	0.2
	計	84	100	318	100	402	100
	平均年齢±標準偏差	55.52	10.197	64.99	12.016	60.64	11.942
最終学歴							
	小学校	1	1.2	23	6.8	24	5.7
	中学校	41	50	178	53	219	52.4
	高校	29	35.4	105	31.3	134	32.1
	短大・専門学校	2	2.4	8	2.4	10	2.4
	大学以上	7	8.5	17	5.1	24	5.7
	その他	2	2.4	5	1.5	7	1.7
	計	82	100	336	100	418	100
喫煙							
	毎日	57	67.9	212	62.9	269	63.9
	ときどき	9	10.7	13	3.9	22	5.2
	以前は毎日吸っていたが、今は吸っていない	3	3.6	37	11	40	9.5
	吸わない	15	17.9	75	22.3	90	21.4
	計	84	100	337	100	421	100
飲酒							
	毎日	10	12	36	10.7	46	11
	ときどき	41	49.4	100	29.8	141	33.7
	以前は飲んでしたが、今は飲んでいない	9	10.8	82	24.4	91	21.7
	飲まない	23	27.7	118	35.1	141	33.7
	計	83	100	336	100	419	100

表 1-2. 社会的変数(その 1)

項目	区分	I 地区		S 地区		計	
		出現数	頻度(%)	出現数	頻度(%)	出現数	頻度(%)
生活の場							
	自宅(持家, アパート, 貸家)	5	6.2	140	41.9	145	34.9
	公的施設(厚生施設, 救護施設, 他)	9	11.1	12	3.6	21	5.1
	民間施設	5	6.2	145	43.4	150	36.1
	旅館	2	2.5	13	3.9	15	3.6
	公園, 河川, 駅舎, 道路, その他	60	74.1	24	7.2	84	20.2
	計	81	100	334	100	415	100
一人暮らし							
	はい	75	89.3	213	63.8	288	68.9
	いいえ	9	10.7	121	36.2	130	31.1
	計	84	100	334	100	418	100
現在, 配偶者は							
	いる	3	3.7	15	4.5	18	4.3
	いない	54	66.7	232	69.7	286	69.1
	未婚	24	29.6	86	25.8	110	29.6
	計	81	100	333	100	414	100
配偶者との死別または離別体験							
	死別あり	8	9.6	24	8.5	32	8.7
	離別あり	23	27.7	118	41.5	141	38.4
	ない	52	62.7	142	50	194	52.9
	計	83	100	284	100	367	100
連絡をとることができる家族や親戚							
	いる	39	46.4	139	41.5	178	42.5
	いない	45	53.6	196	58.5	241	57.5
	計	84	100	335	100	419	100
子供のころ, 両親以外と暮らしていた時期							
	ある	27	32.1	102	30.5	129	30.9
	ない	57	67.9	232	69.5	289	69.1
	計	84	100	334	100	418	100
「ある」場合							
	片親(父親, 母親)	8		20		28	
	祖父母	10		20		30	
	親戚	4		21		25	
	養父母	3		11		14	
	児童養護施設	6		10		16	
	自立援助ホーム	0		2		2	
	乳児院	0		0		0	
	その他	1		14		15	
「ない」場合							
子供の頃, 両親との関係は							
	よかった	34		149		183	
	よくなかった	8		27		35	
	どちらとも言えない	14		52		66	

表 1-2. 社会的変数(その2)

項目	区分	I 地区		S 地区		計	
		出現数	頻度(%)	出現数	頻度(%)	出現数	頻度(%)
現在仕事							
	している	27	32.1	82	24.4	109	26
	していない	57	67.9	254	75.6	311	74
	計	84	100	336	100	420	100
月収							
	～3000 円	38	48.7	52	18.6	90	25.2
	～10000 円	10	12.8	15	5.4	25	7
	～50000 円	17	21.8	33	11.8	50	14
	～100000 円	8	10.3	45	16.1	53	14.8
	～200000 円	4	5.1	134	48	138	38.7
	200000 円以上	1	1.3	0	0	1	0.3
	計	78	100	279	100	357	100
仕事以外の収入							
	あり	16	19	256	76.2	272	64.8
	なし	68	81	80	23.8	148	35.2
	計	84	100	336	100	420	100
仕事以外の収入の内訳							
	年金	3/10	30	48/269	17.8	51/279	18.3
	失業保険	0/10	0	1/269	0.4	1/279	0.4
	基金訓練	0/10	0	1/269	0.4	1/279	0.4
	住宅手当	1/10	10	0/269	0	1/279	0.4
	生活保護	7/10	70	263/269	97.8	270/279	96.8
障害者・高齢者福祉制度の利用							
	要介護認定	0/84	0	115/334	34.4	115/418	27.5
	自立支援法障害区分認定	1/84	1.2	47/330	14.2	48/414	11.6
	障害者手帳	3/83	3.6	96/337	28.5	99/420	23.6
	① 身体障害者手帳	2/83	2.4	60/336	17.9	62/419	14.8
	② 精神障害者手帳	1/83	1.2	30/336	8.9	31/419	7.4
	③ 療育手帳	0/83	0	6/336	1.8	6/419	1.4