

表 2. 精神科受診歴と薬毒物及びアルコール検出状況

精神科受診歴	23／38	(60.5%)
薬毒物検出例	6／23	(26.1%)
アルコール検出例	12／38	(31.6%)
死亡時に中等度酩酊	5／12	(41.7%)

表 3. 生前の医療機関受診歴・服用状況

精神科受診歴（＋），服用自己中断	22／38	(57.9%)
精神科受診歴（＋），診断名付かず	1／38	(2.6%)
精神科受診歴（－），他科受診中	9／38	(23.7%)
医療機関定期受診歴（－）	6／38	(15.8%)

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

障害児・者と家族における自殺の実態と自殺予防に関する研究

研究分担者 加我 牧子 ((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 井上 祐紀 (島田療育センターはちおうじ 児童精神科)
森山 花鈴 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
稲垣 真澄 ((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：広汎性発達障害（PDD）をはじめとする発達障害児とその保護者がうつ病、抑うつ症状を呈しやすいことは良く知られているが、自殺および自殺念慮に関する検討がほとんどなされていない。本研究は、先行研究における発達障害児の保護者（母親）のメンタルヘルスに影響を与えている要因を包括的に調査し、自殺念慮への影響を検討することを目的とする。発達障害児を養育する 55 名の母親を対象に質問紙調査を依頼し、45 名から回答を得た。“自殺念慮あり群”と“自殺念慮なし群”間での発達障害児の臨床的特徴・社会経済的要因・母親自身の養育体験や問題飲酒行動による影響を検討した。その結果、子どもの反抗挑戦性障害の症状スコアが高いこと、動作性知能のスコアが高いこと、母親の経済的困窮感、および問題飲酒行動の存在が自殺念慮をきたす危険因子として作用している可能性が示唆された。また、相談できる友人がいること、母親自身の父親からのポジティブな養育体験の 2 つが保護因子として作用している可能性が示唆された。これらの要因と発達障害児の母親の自殺念慮の間にある因果関係を証明することは本研究の性質（cross-sectional study であること）上困難であるが、療育機関を受診する子どもの母親のうち自殺・自殺関連行動のリスクが高いグループを早期に同定し、支援につなぐための臨床的特徴を抽出できたと考えられる。

A. 研究目的

発達障害児・者を養育する家族の自殺・自殺関連行動についての実証的研究は我々の知る限り報告されていない。しかし、PDD の子どもをもつ保護者がうつ病・不安障害をきたすリスクが高いことはよく知られており、この傾向は認知機能が高い PDD 児を持つ保護者でより顕著であると報告されている（Smalley et al, 1995; DeLong et al, 2004）。こうしたメンタルヘルスの問題が発達障害児・者の家族の自殺・自殺関連行動のリスクを高める可能性は十分にあると考えられる。

このように、AD/HD と PDD が患者本人のみならず、その家族のメンタルヘル스에 重大な影響を与えていることが明らかとなってきた。しかし、自殺予防という観点からみて、発達障害児・者の家族に対してどのような臨

床的対策を講じるべきなのかはまだ不明であり、発達障害を持つ子どもを養育する保護者の中でどのような要因が自殺・自殺関連行動に関連しているのかを示す知見はない。

本研究では、発達障害児・者とその保護者のメンタルヘルスに影響を与える可能性のある子どもの要因（行動特性・適応度・認知機能）および保護者の要因（養育体験・社会経済的因子など）について可能な限り包括的に調査を行うことで、発達障害当事者およびその家族の自殺念慮の成因の一つとして何が作用しているのか、そのメカニズムを明らかにすることを目的とした。

平成 22 年度～23 年度は特に障害児の特徴・保護者の社会経済的背景や保護者自身の養育体験が保護者側の抑うつ・自殺念慮に与える影響を中心に調査を計画した。また、最近にな

って問題飲酒行動が抑うつと自殺関連行動のリスクを高めうる、しかもそれは女性においてのみ観察される効果であったとする報告 (Matsumoto et al, 2011) があったことを考慮し、平成 24 年度の調査では、当初は調査の変数には含んでいなかった母親の問題飲酒行動を評定し、解析に加えた。こうして保護者の自殺念慮に影響を与えうる要因についての検討を試みた。

B. 研究方法

国立精神・神経医療研究センター (NCNP) 病院小児神経科・児童精神科または島田療育センターはちおうじ児童精神科を受診し、本研究についての説明・同意がなされた発達障害児・者の保護者 (母親) 55 名に調査を依頼した。調査項目としては以下のものを用いた。
＜子ども側の要因＞

子どもの年齢・性別。子どもの GAF 値 (主治医評定)。発達障害の臨床診断。保護者評定による発達障害特性の評価 (SNAP、PARS)。認知機能 (知能) 評価 (WISC-III)。

＜保護者側の要因＞

母親の年齢、教育年数、職業。保護者自己記入式抑うつ尺度 (SDS)、保護者自身の養育体験についての尺度 (PBI: 養護因子・過保護因子)。家族構成、年収、経済的困窮感、母親が相談できる人の有無、母親の問題飲酒行動 (AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test, Donovan et al, 2006) などを評定した。AUDIT スコアが 10 点以上の場合に「問題飲酒行動あり」と分類した。

＜母親の自殺念慮＞

母親の自殺念慮についての変数としては、SDS の質問項目「自分が死んだほうが他の者は楽に暮らせると思う」を用いる。この項目について「時々」、「かなりのあいだ」、または「いつも」と答えた母親を「自殺念慮あり」、それ以外の母親を「自殺念慮なし」と分類した。

統計学的解析としては、自殺念慮あり/なしを従属変数、子ども側の要因・母親側の要因および環境要因を説明変数として単変量ロジ

スティック回帰分析を行い、自殺念慮の有無に有意な影響 ($p<0.05$) を有していた要因をまとめて多変量ロジスティック回帰分析 (ステップワイズ法) に投入した。

(倫理面への配慮)

研究内容についての説明を行い、同意が得られた被験者のみを対象とする。調査中に保護者のメンタルヘルスへの介入のニーズに気づかれて相談・受診を希望した場合には、受診の紹介などについての相談ができる旨伝えた。全ての質問紙データは匿名化し、情報が逸脱しないよう厳重に管理した。

C. 研究結果

アンケートを配布した 55 名中 45 名 (81.8%) の発達障害児 (子どもの年齢 8-17 歳, 平均年齢 11.4 ± 2.1 歳: 自閉性障害 15 名、アスペルガー障害 14 名、PDD-NOS 児 16 名) をもつ母親 (母親の年齢 29-48 歳, 平均年齢 41.2 ± 4.7 歳, 母親の平均教育年数 19.5 ± 1.7 年) から回答が得られた。45 名中 14 名の母親が「自殺念慮あり」に分類された。母親の SDS 平均点は 44.3 ± 9.1 点。調査対象者のうち 66.7% (30 名) の母親の SDS 総得点が 40 点を超えていた (軽度以上の抑うつ状態)。また、37.8% (17 名) の母親の SDS 総得点が 50 点を超えていた (中程度以上の抑うつ状態)。自殺念慮あり/なしと判定された両群の説明変数の比較を (表 1) に示す。

単変量ロジスティック回帰分析の結果、子ども側の要因としては、子どもの年齢、性別、子どもの GAF 値 (主治医評定)、発達障害の臨床診断、保護者評定による自閉症特性 (PARS)、多動・不注意症状 (SNAP) は母親の自殺念慮に対する有意な影響 ($p<0.05$) を認めなかった。一方で、PIQ (OR=1.07, 95% CI: 1.005-1.132, $p<0.05$) および反抗挑戦性障害 (ODD) 症状スコアが高いこと (OR=1.196, 95% CI: 1.024-1.398, $p<0.05$) は母親の自殺念慮を来すリスクを有意に増加させる可能性が示唆された。

保護者側の要因としては、母親の年齢、教

育年数、職業の有無、家族構成、年収については母親の自殺念慮の有無に対する有意な影響 ($p<0.05$) を認めなかった。しかし、経済的困窮感の存在 ($OR=13.0$, 95%CI: 1.41-110.97, $p<0.05$)、自身の父親の過保護因子が高いこと ($OR=1.13$, 95%CI: 1.001-1.274, $p<0.05$)、および母親自身の問題飲酒行動の存在 ($OR=36.0$, 95%CI: 1.71-757.79, $p<0.05$) は、母親の自殺念慮を来すリスクを高める傾向があることが示唆された。また、自身の父親の養護因子が高いこと ($OR=0.89$, 95%CI: 0.82-0.98, $p<0.05$) および友人と相談できること ($OR=0.077$, 95%CI: 0.008-0.705, $p<0.05$) は、母親の自殺念慮を来すリスクを低減させる傾向がある可能性が示唆された。

多変量ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を用いて解析したところ、自身の父親の養護因子の高さが母親の自殺念慮に影響を与えていた ($OR=0.51$, 95%CI: 0.26-0.99, $p<0.05$)。また PIQ は母親の自殺念慮に影響を与えている傾向を示した ($OR=1.28$, 95%CI: 0.98-1.67, $p=0.076$)。

D. 考察

45 名の発達障害児の母親を対象とした調査の結果、14 名の母親が自殺念慮をもつと分類された。単変量ごとの解析では子どもの ODD 症状スコアが高いこと、動作性知能が高いこと、母親の経済的困窮感、および問題飲酒行動の存在が自殺念慮をきたす危険因子として作用している可能性が示唆された。また、相談できる友人がいること、母親自身の父親からのポジティブな養育体験の 2 つが保護因子として作用している可能性が示唆された。多変量での解析では、父親からの養護因子が有意な保護因子として抽出された。また、PIQ スコアが高いことも危険因子としての傾向を残していた。

AD/HD 児を持つ母親を対象とした先行研究 (Satake et al, 2004) において子どもの ODD 症状が母親の抑うつに影響していることが示されており、発達障害に付随する子どもの行

動障害が母親のメンタルヘルスに影響を与える可能性があることはすでに指摘されている。今回の結果とも矛盾しない。しかし、今回のような cross-sectional な研究デザインでは母親の自殺念慮・抑うつと子どもの ODD 症状の因果関係を明らかにすることは難しい。実際、保護者の養育態度はドーパミントランスポーター遺伝子多型の有無とも関連しながら数年後の子どもの行為障害などの外向性行動障害をきたす可能性があることを示す前向きコホート研究 (Lahey et al, 2011) も報告されるなど、子どもの外向性行動障害の成因における epigenetic な視点も注目されており、ODD 症状の形成に母親の抑うつが関わっている可能性についても検討が必要である。ともあれ、障害児を持つ母親の自殺念慮を早期に検知するという観点から子どもの ODD 症状が一つの臨床的な指標になる可能性が示唆されているといえる。

PBI で評定された養育体験が抑うつ状態やその遷延に関連することは良く知られており、抑うつ状態による否定的な認知とも独立して親子関係を評定できることが先行研究で示されている (Nitta et al, 2008)。本研究の単変量ロジスティック回帰分析において父親からの養護因子すなわちポジティブな養育体験が保護因子として作用している可能性が示唆されており、母親の自殺念慮を規定する重要な変数である可能性が示唆される。

夫や自身の母親との相談の有無は自殺念慮に影響しておらず、相談できる友人がいることが単変量ロジスティック回帰分析で有意な保護因子として作用している可能性が示唆されたことは興味深い。抑うつ状態を来しているケースで家族以外の者との交流自体が乏しくなっているのか、そもそも孤立化しやすい対人関係の特徴や環境の問題があるのか、様々な可能性が想定される。今後は母親自身の対人関係能力・発達障害特性など、母親が培ってきた社会性の評価を検討することが必要になるかもしれない。

子どもの PDD 特性・AD/HD 症状について

は、母親の自殺念慮の有無に与える影響は今回の解析ではあまり強くない。しかし、単変量ロジスティック回帰分析の結果より、PIQが高いことが母親自殺念慮に有意な影響を与えていることが認められた ($p<0.05$) ため、認知機能の高い子どもの母親がよりハイリスクであるとする先行研究 (Smalley et al, 1995; DeLong et al, 2004) などを考慮すると、子どもの IQ は重要なファクターとして作用していると考えられる。ここで考察されがちなのが、いわゆる高機能の発達障害児に対する支援体制の不備や高すぎる期待などが知的障害を有する発達障害児の支援に比して顕著であるために母親への負担もより大きいのではないかという点であるが、興味深いことに、GAFで評定した子どもの適応度そのものは自殺念慮の有無で差があるわけではない。もちろん調査時点での適応度だけが養育上の負担につながるわけではなく、将来にわたっての子どもについての心配・懸念なども看過できるわけではないので一概には言えないが、この子どもの知能と母親の自殺念慮についてもこの調査結果で両者の因果関係についてまでは言及しきれないことは本研究の限界の一つとして重要な点であると考えている。

平成 24 年度の調査から、母親の問題飲酒行動を新たに説明変数の一つに加えた。そして、実際に AUDIT によって評定された問題飲酒行動が母親の自殺念慮に大きな影響を与えていたことも特筆すべきである (問題飲酒行動の重症度は AUDIT の得点でおおむね 10 点～15 点程度と軽度であったが)。障害児の母親の問題飲酒行動についての報告は筆者の知る限り他にないが、障害児の療育に追われるあまり地域の中でも孤立しやすい母親の状況を考慮すると、母親の自殺リスクの評定上重要な所見となる可能性がある。

障害児を持つ母親の自殺念慮が子どもの発達障害の中核的な特性ではなく、併存する行動障害や母親自身の養育体験、社会経済的な要因、母親の問題飲酒行動などが複雑に絡み合っているとすれば、これは障害児を持つ母

親のみならず学齢期の小児を養育する子育て世代の母親全般に起こっている事態である可能性がある。子どもが幼児期からのペアレント・トレーニングの普及や、障害児の療育・子育て全般における問題をシェアできる機会の提供など、子どもの行動の問題が顕在化する以前からの支援の重要性があらためて示唆されている。母親の問題飲酒行動についても、問題飲酒さえ止めればよいというものではなく、母親自身のストレス対処スキルの困難が結果として問題飲酒行動に結びついている可能性があり、母親自身のストレス・感情マネジメントスキルを高めるような戦略が必要であろう。

E. 結論

単変量・多変量ロジスティック回帰分析を用いた解析の結果、発達障害児を持つ母親の自殺念慮に関わる危険因子や保護因子の候補として複数の要因が抽出された。子どもの行動障害、母親自身の養育体験・子育て環境、経済的要因、問題飲酒行動などが複雑に関連しあって母親の自殺念慮に影響を及ぼしている可能性が示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 岸野美由紀、武内典恵、小沢浩、井上祐紀 重症心身障害児を含む障害児の母親の抑うつと予防的支援の検討. 日本重症心身障害学会誌 (2012 年) 第 37 巻 3 号 401-406
- 2) 森山花鈴. 我が国における自殺対策と自殺未遂者支援について. 救急医学 36:860-863, 2012.
- 3) Moriyama K, Kaga M. Mental health care efforts for the public after the Great East Japan Earthquake. "Guide to good mental health for those affected by natural disasters" published by the Cabinet Office. Bra Dev 35, 2013 (in press).

2. 学会発表

Kishino M, Takeuchi N, Ozawa H, Inoue Y
Experience of attitudes of parents perceived
by mothers of children with developmental
disorders and its effect on their depressive
symptoms: a cross sectional study. 10th International
Family Nursing Conference, Kyoto, 2011

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) Smalley et al (1995) Am J Med Genet, 60:19-26.
- 2) DeLong et al (2004) J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 16:119-213.
- 3) Matsumoto et al (2011) Psychiatry Clin Neurosci, 65:529-532.
- 4) Donovan et al (2006) Addiction, 101:1696-1704.
- 5) Satake et al (2004) Child Psychiatry Hum Dev, 34:219-235.
- 6) Lahey et al (2011) J Abnorm Psychology, 120:33-45.
- 7) Nitta et al (2008) J Nerv Ment Dis, 196:244-246.

(表 1) 被験者を自殺念慮の有無で分類した 2 群の比較

	自殺念慮あり (n=14)	自殺念慮なし (n=31)
*子ども側の要因		
年齢	11.1±2.4	11.5±2.5
男児%	92.8%	90.3%
GAF 値	57.4±10.8	57.9±10.0
不注意 (SNAP)	1.8±0.7	1.7±0.8
多動・衝動性 (SNAP)	1.3±0.5	1.0±0.7
反抗挑戦性 (SNAP)	1.6±0.7	0.9±0.6
自閉症状 (PARS : 幼児期)	9.9±6.5	10.2±7.1
自閉症状 (PARS : 児童期)	12.9±5.4	12.0±6.8
言語性 IQ (WISC-III)	99.7±20.3	85.5±17.9
動作性 IQ (WISC-III)	92.7±14.9	78.5±16.7
全 IQ (WISC-III)	95.6±17.8	81.2±17.9
*保護者側の要因		
年齢	40.5±5.2	41.6±4.5
専業主婦%	35.7%	35.4%
教育年数	19.4±1.4	19.6±1.8
子どもの数	1.9±0.8	1.9±0.6
離婚率%	7.1%	6.4%
自身の親との同居%	7.1%	16.1%
夫との相談あり%	57.1%	54.8%
自身の母との相談あり%	42.8%	41.9%
友人との相談あり%	7.1%	54.8%
年収 600 万円以下%	72.7%	39.1%
経済的困窮感あり%	92.8%	45.1%
PBI 養護因子 (父親)	11.8±8.1	21.8±9.9
PBI 養護因子 (母親)	21.4±7.4	25.3±5.8
PBI 過保護因子 (父親)	15.8±4.7	10.2±7.6
PBI 過保護因子 (母親)	14.8±9.2	12.4±6.8
問題飲酒行動あり%	75.0%	7.6%

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

児童・生徒の自殺の実態と自殺予防に関する研究

研究分担者 高橋 祥友（筑波大学 医学医療系 災害精神支援学）

研究要旨：

【目的】未成年の自殺の割合は全体の約 2%と比較的小さい。この世代の自殺が生じると、いじめとの関連ばかりが注目されて、マスメディアによって大々的に報道されることはあっても、その関心は短期間に薄らいでしまう。しかし、青少年期の健全な心の発達は、その後の人生の精神保健の基礎となる重要な課題である。欧米では、子どもを直接対象とした自殺予防教育を開始している国がある。子どもが自殺の危険に陥った時に、相談する相手は同世代の子どもであることが圧倒的に多いため、直接、子どもを対象とした予防教育が必要であると議論されてきた。そこで、本研究の目的は、子どもを直接対象とした各国の自殺予防教育の現状を検討することにある。

【方法】米国マサチューセッツ州およびメイン州における自殺予防教育の実態を調査するとともに、2011 年 9 月に北京で開催された国際自殺予防学会の参加者に質問紙を送付し、自殺予防教育に関して回答を求めた。

【結果】質問紙は、18 か国から回答を得た。

- ・ 子どもを直接対象とした予防教育が必要であるという意見が大多数を占めていたが、現時点で子どもを直接対象とした自殺予防教育を全国的に実施している国はなかった。
- ・ その理由として、子どもを直接対象とした自殺予防教育を実施するまでには十分な合意形成に達していないという意見が多かった。
- ・ 自殺予防教育が進んでいる国であっても、あくまでも自殺予防教育は各学校や学区の判断が尊重され、自殺予防教育を実施することを決定した地域に対して、教育省や保健省が全面的に支援するという方針を採っている例が多かった。
- ・ 自殺予防教育を実施するうえで、*早期の問題認識、*適切な援助希求的態度の促進を強調する健康教育が前提であるという意見が大多数を占めた。
- ・ 自殺予防教育を実施するうえで重要な前提条件として、*関係者間の合意形成、*適切な教育内容、*フォローアップ態勢の整備、を十分に準備する必要がある。

【考察および結論】自殺予防教育で強調すべき点は、長い人生のある時期に誰もが問題を抱える可能性があり、その際にひとりで抱え込まずに適切に救いを求める必要があるという点である。予想外の事態が生じる危険に対しても配慮して自殺予防教育の前提条件を整えて、早期の問題認識と適切な援助希求的態度を強調する予防教育は、人生を通じての精神保健の基礎となると考えられる。

A. 研究目的

わが国では 1998 年以来、年間自殺者数約 3 万人という緊急事態が続き、深刻な社会問題となっている（警察庁, 2013）。その現状を直視して、2006 年には自殺対策基本法が成立し、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であ

ると宣言された。

なお、社会の強い関心を引いているのは主に働き盛りの世代や高齢者の自殺であり、さまざまな対策が始められてきた。一方、未成年の自殺の割合は全体の約 2%と比較的小さい。この世代の自殺が生じると、いじめばか

りに焦点が当てられて、マスメディアが大々的に報道することはあっても、残念ながらその関心は短期間のうちに薄らいでしまう。青少年期の健全な心の発達、一生にわたる精神保健の基礎となる重要な課題であるのだが、児童・生徒の自殺予防には十分な関心が払われてこなかったというのが残念ながらわが国の現状である（高橋祥友; 2006, 2008a, 2008b）。

そこで、本研究の当初の目的は、児童・生徒の自殺の実態を把握して、予防のために実施すべき課題を検討することであった。自殺が生じた後に、調査委員会が設置されて、自殺が生じた背景を詳しく調査している報告書がいくつか入手できるので、それを基に児童・生徒の自殺の背景についても検討することを計画した。しかし、報告書の解析について情報の提供に同意が得られず、調査対象を変更せざるを得なかった。そこで、生徒を直接対象とした自殺予防教育の実現可能性について、世界各国の実状を調査することになった。

B. 研究方法

子どもが問題を抱えた際に、教師や親に相談するというよりは、同世代の子どもに打ち明ける場合が圧倒的に多い。しかし、打ち明けられた子どもは、それをどう扱ったらよいかかわらず、問題はさらに深刻になってしまう。そこで、欧米では、子どもを直接対象とした教育の必要性が強調されている。子どもを直接対象としても、危険を増すことはないという共通認識もできている。しかし、わが国では、子どもを相手に自殺について話すと、その危険のない子どもにまで危険を高めてしまうという不安が今も強い。要するに「寝ている子を起こすのではないか」という不安である。

児童・生徒の自殺予防に関する文部科学省の検討会は、さまざまな提言をしてきたが、現在、子どもを直接対象とした教育の実現可能性について検討している。分担研究者の高橋は 2010 年 11 月に文部科学省の視察団の一員として、マサチューセッツ州とメイン州を

訪問し、現在実施されている生徒を直接対象とした自殺予防教育の実態を調査した（児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議, 2011）。その結果を基に、質問紙を作成し、各国の専門家に送付し、他の国々で自殺予防教育がどのように実施されているかを調査しようと計画した。

（倫理面への配慮）

本研究で取り扱う情報は直接患者等を扱ったデータはなく、個人を特定する情報は含まれない。

C. 研究結果

質問紙の詳細な内容やその結果については前年度の報告書を参照されたい。本年度は調査の結果を中心に考察を以下にまとめる。

D. 考察

マサチューセッツ州とメイン州を視察した情報からは次のような特徴が認められた。自殺予防教育は必須の授業として全州的に実施されているものではなく、各学校や学区の必要性に応じて実施されている。自殺予防教育を行うことを決めた学校や学区に対して、州の関連の部局が積極的に支援するという方針を採っている。

自殺予防教育の実施に当たっては、次の 3 点が重要な前提とされている。

- ① 実施前に関係者が合意に達しておく：自殺予防教育の実施に先立って、教師、保護者、地域の精神保健の専門家との間で自殺予防教育について共通認識を得ておく必要がある。なぜ、生徒を直接対象とした自殺予防教育が必要なのか関係者が十分に理解し、合意に達しておく。自殺予防教育について十分な理解ができていなければ、学校や地域を広く含めた自殺予防対策を実施するのは難しい。
- ② 適切な教育内容を準備する：自殺者を貶めたり、逆にひどく美化したりするような扱いをしてはならない。一方的な価値

観の押しつけになることも避ける。自殺の実態を中立的な立場で示し、その背景にしばしば存在するうつ病をはじめとする精神障害について解説し、適切な治療法があることを強調する。一生の間に問題を抱えることは誰にでもあり、それに早い段階で気づいて、適切な治療を実施することで、自殺は予防可能である点を指摘する。要するに、問題の早期認識と適切な援助希求的態度を強調し、これが一生にわたる心の健康の基礎となるように生徒に働きかける。

- ③ 適切なフォローアップ態勢：この種の予防教育を実施すると、当然、ハイリスクの子どもが発見されることが予想される。そのような時に、学校、家庭、地域の専門機関が協力して生徒を支えていく態勢を取ることも、自殺予防教育を実施するうえで大前提となる。どの程度までならば学校や地域で支えられるか、どの程度病状が重い場合には専門家による治療に委ねるかをよく検討し、態勢を整えておく。

以上、子どもを直接対象とした自殺予防教育を実施するうえで検討しておかなければならない重要な3つの前提条件について触れた。わが国でも子どもを対象とした自殺予防教育が散発的に実施され始めている。しかし、どこまでこのような前提条件について検討し、予想外の危険な事態に備えたセイフティネットを準備したうえで、自殺予防教育が実施されているか疑問に思われる事例が少なくない。一方的な生命尊重を子どもに押し付けたり、身内の自殺といった個人的な体験を教室に持ち込んだりするなどという例があるが、これらの「予防教育」を実施している人々が、想定外の危険が生じる可能性まで十分に検討したうえで予防教育を実施しているかきわめて疑わしいと言わざるを得ない。

次に、質問紙を送り回答を得て、各国の自殺予防教育の実情について以下にまとめた。

ある程度、社会経済的に安定した国でようやく自殺予防に関心が向けられるという現実がある。ましてや、子どもを直接対象とした自殺予防教育となると、回答が得られる国自体が限られてしまう。18カ国から回答を得たが、回答した国は主に欧米や豪州の一部の国に限られていて、アジア、アフリカ、南アメリカからの回答は少なかった。しかし、世界各国における子どもを対象とした自殺予防教育の大きな潮流を把握することが可能だろう。

結果の傾向をまとめると、以下のようになる。

- 1) 自殺予防教育の先進国であっても、全国レベルで自殺予防教育を実施している国はなかった。
- ① 米国のように自殺予防の教育態勢が比較的進んでいる国であっても、州により大きな差がある。ワシントン、ルイジアナ、マサチューセッツ、メイン州などのように、自殺予防の専門家が集中している地域では、自殺予防に対する関心が高い。しかし、他の多くの州では生徒を対象とした自殺予防教育は部分的に実施されているに過ぎない。
- ② 現時点では自殺予防プログラムを実施してはいないものの、SEYLE project が青少年を対象とした自殺予防プログラムの今後の手本となると回答したヨーロッパの国もある(Wasserman, D. et al., 2010)。これはリジリエンスの向上を基礎にした自殺予防プログラムである。
- ③ 青少年の自己破壊的行動は増加の傾向にあり、この種の予防教育の必要性は多くの回答者が認識していた。ただし、必要性は認識していながらも、全般的な合意形成にまでは至らず、また、実施に当たって、十分な予算やマンパワーの不足といった現実の問題があるとの意見も多かった。
- 2) 実施に当たって、学校、保護者、地域の合意を得ることが前提であるとの認識

があった。

- ① 予防教育を実施するに当たって、地域で自殺予防教育の必要性が認識されていて、合意が得られている必要がある。
- ② 既に実施されている健康教育（レジリエンス、問題認識、援助希求、自尊感情等を促進するといった働きかけ）に、自殺予防教育を関連させる必要がある。
- ③ 当初は精神保健の専門家がこの種の教育を実施したとしても、最終的には学校に常駐する精神保健の専門家や、常勤の一般の教師がこの種の教育を担当することを目指すべきである。要するに、「自殺予防は皆の課題である」という考え方に基くべきである。

3) 自殺予防教育の内容について

- ① 予防教育を実施するに当たって、担当の教師が適切な研修を受けられるようにする。
- ② 標準化された教材をあらかじめ用意しておく。その教材の使い方のガイドなども準備しておく。自殺予防教育に振り当てる授業時間は自殺の問題に対する地域の意識の高さと関連している（例：ここ数年子どもの自殺が続発しているような地域では、自殺予防教育に多くの時間を割り振ることに合意が形成されやすい）。
- ③ 自殺については中立的な立場で取り上げて、価値観を一方的に押しつけたり、危険な自殺手段を詳細に伝えたりしない（そのようにしないと、自殺の危険の高い子どもが援助を求める行動に出るのをかえって難しくしてしまう）。
- ④ 他の健康教育と関連させて、自殺予防教育を実施する。
- ⑤ 一生の間に、何らかの問題を抱くことはけっして稀ではない点を指摘し、ひとりで問題を抱え込まずに、かならず信頼できる大人に相談すべきである点を強調する。

- ⑥ 仲間の悩みにどのように対応すべきかという方法を具体的に教える。
- ⑦ ストレスや精神障害と自殺の関連について中立的な立場で示す。
- ⑧ うつ病をはじめとする精神障害には有効な治療法があることを示す（米国などでは薬物乱用も青少年のメンタルヘルスの重要な課題であるとみなされていて、薬物乱用と自殺の危険の関連についても取り上げられる）。
- ⑨ いじめに気づいたら、どのように対応すべきかを話しあう。
- ⑩ 地域に存在する自殺予防の関連機関について知っておく。

4) フォローアップ

- ① 予防教育の実施前（あるいは後）にハイリスクの生徒をスクリーニングする手段を用意しておく。
- ② ハイリスクの生徒を学校でサポートできるか、それとも精神保健の専門家による集中的な治療に導入すべきかを適切に判断する。
- ③ 学校から保護者に自殺の危険について説明し、保護者の協力を得られるようにする。
- ④ 学校で実施している自殺予防教育の効果を適切に評価する必要がある。その結果をもとに、さらに予防教育を改善していく。

今回の調査で回答に協力を得られたのは18カ国と限られたものであり、この結果だけから世界の現状を一般化することには慎重でなければならないが、国のレベルで自殺予防教育が一律に行われているという回答はなかった。自殺予防プログラムは、予防が進んでいる国であってもコア・カリキュラムに含まれているわけではなく、あくまでも地域の実情に応じて各地域が独自に判断し実施を決定している。自殺予防プログラムを実施するに当たって、①実施前に関係者の合意を成立さ

せておく、②適切な教育内容を扱う、③適切なフォローアップ態勢を準備しておく、といった点が大前提となる。

わが国で近年自殺予防に対する関心が高まっているのは喜ばしいことではあるが、独善的な自殺予防教育が散発的に行われていることも現実である。上記の①～③の条件が整わずに、教育ともいえない、一方的な価値観を押しつけるような自殺予防教育が実施された場合には、むしろ予想外の弊害が生じる可能性も否定できない。効果が十分に期待できる自殺予防対策が準備されて、その効果を慎重に検証しながら、対策が実施に移されなければならない。

わが国で自殺予防教育を実施するに際しても、関係者の合意を基に、適切な教育内容を生徒に伝え、適切なフォローアップが可能であるという上記の①～③の条件が揃った地域でまず試行してみる必要がある。そのような地域で子どもを対象とした自殺予防教育の長所や短所を十分に検討し、さらなる改善を試みる。十分な準備なしに、一挙に一律に全国的な実施に踏み切るのは得策ではないだろう。その地域での実効性が明らかになった時点で、プログラムを徐々に広域で実施していくというのが現実的な進め方であると考えられる。

E. 結論

わが国では 1990 年代末より続く深刻な自殺の実態を直視して、さまざまな自殺予防対策が実施されてきた。しかし、中高年や高齢者の自殺予防に対して社会が強い関心を払っているのだが、若年層の自殺（とくに児童・生徒の自殺）に対しては適切な関心が払われてこなかったというのが実状である。いじめとの関連が疑われて、子どもの自殺がマスメディアによって大々的に報道されることはあっても、その関心は短期間のうちに薄らいでしまう。

この年代の心の健康は一生にわたる精神保健の基礎になる重要な課題である。子どもは自殺の危険に陥ったときに、同世代の仲間に

相談をもちかける可能性が高いので、その際にどのように対応すべきか、直接子どもを対象として、自殺予防教育を実施すべきだとの議論がある。本調査では、各国の子どもを直接対象とした予防教育の実態を把握しようとした。自殺予防プログラムを実施するに当たって、①実施前に関係者の合意を成立させておく、②適切な教育内容を扱う、③適切なフォローアップ態勢を準備しておく、といった点が大前提となる。長い人生において問題を抱えることは誰にでもあるという点を強調し、早期に問題を認識し、援助希求の態度を育むことに重点を置いた自殺予防プログラムは、一生における心の健康の基礎となるような視点で組み立てていく必要があると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 高橋祥友：「自殺総合対策大綱」の見直しおよびゲートキーパー制度は、自殺者 3 万人に歯止めをかけられるか。ヘルスケア総合政策研究所・編「医療白書 2012」、pp.218-226、日本医療企画、2012
- 2) 高橋祥友：自殺の危険の評価、対応、治療。作業療法ジャーナル、46(11): 1501-1505, 2012
- 3) 高橋祥友：日・米・仏の医師・歯科医師の自殺率。日本医事新報、No.4620, 2012 年 11 月 10 日号、pp.59.
- 4) 高橋祥友：わが国の自殺の実相と予防のための基礎知識；精神科医の立場から。生越照幸・編「自殺問題と法的支援；法律家による支援と連携のこれから」、pp. 1-37、日本評論社、2012
- 5) 高橋祥友：自殺のリスク評価。医学のあゆみ、242(3):239-242, 2012
- 6) 高橋祥友：自殺のポストベンション。樋口輝彦、市川宏伸、神庭重信、朝田隆、中込和幸・編「今日の精神疾患治療指針」、pp.834-835、医学書院、2012

- 7) 高橋祥友：自死遺族のケア．精神療法、38(1):64-69, 2012
- 8) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識；自殺のリスク評価に焦点を当てて．分子精神医学、12(1):62-64, 2012
2. 学会発表
- 1) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識．東京産業保健推進センター研修会．2012.2.6. 東京
- 2) 高橋祥友：学校における自殺予防；ポストベンションについて．香川大学附属教育実践総合センター・メンタルヘルス向上に関する研究プロジェクト専門家研修会．2012.2.11. 高松
- 3) 高橋祥友：子どもの自殺予防；概略とこれまでの経緯．文部科学省・児童生徒の自殺予防に関する普及啓発協議会．2012.2.18. 福岡
- 4) 高橋祥友：ポストベンション：クライアートの自殺が起きた時に何をすべきか．香川県臨床心理士会自殺予防シンポジウム．2012.3.4. 高松
- 5) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識．飯能市保健センター研修会．2012.3.9. 飯能
- 6) 高橋祥友：分かち合いに参加できない自死遺族のメンタルケア．自死遺族が直面する諸問題を考える研修会 in 神戸．2012.3.10. 神戸
- 7) 高橋祥友：心のサインに気づく、つなげる；自殺予防の基礎知識．長野県富士見町自殺予防講演会．2012.3.13. 富士見
- 8) 高橋祥友：精神科臨床における自殺リスクの評価と精神療法．島根県精神保健指定医会議および島根県精神科医懇話会．2012.3.17. 松江
- 9) 高橋祥友：地域の絆と気づきで自殺予防．富山市自殺予防市民フォーラム．2012.3.24. 富山
- 10) 高橋祥友：自殺予防と対応の原則．仙台市教育委員会研修会．2012.4.23. 仙台
- 11) 高橋祥友：ポストベンション；患者の自殺にどう向きあうか．第108回日本精神神経学会学術総会・教育講演．2012.5.25 札幌
- 12) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識．東京大学大学院人文社会系研究科死生学応用倫理センター上廣死生学・応用倫理講座講演．2012.6.21. 東京
- 13) 高橋祥友：遺された人々へのこころのケア．富山県精神保健福祉センター．2012.7.6. 富山
- 14) 高橋祥友：精神障害者支援機関におけるポストベンション．東京都多摩総合精神保健福祉センター．2012.7.13. 多摩
- 15) 高橋祥友：職場の自殺予防．広島県臨床心理士会．2012.7.21. 広島
- 16) 高橋祥友：これからの日本の自殺対策．2012.7.25.自殺対策研究協議会．東京
- 17) 高橋祥友：災害時における職員の健康管理のあり方．地方公務員安全衛生推進協会平成24年度前期 職域担当看護職研究会．2012.7.30. 京都
- 18) Takahashi, Y.: Mental health for the rescue personnel after the Tohoku-Pacific Ocean Earthquake. First International Symposium on Post-Disaster Radiation Psychology and Physiology. 2012.8.12. Fukushima
- 19) 高橋祥友：自殺対策の基本的考え方．第6回 自殺総合対策企画研修．2012.8.22. 府中
- 20) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識；とくにポストベンションに焦点を当てて．日本産業カウンセラー協会研修会．2012.9.1. 東京
- 21) 高橋祥友：心のサインに気づく、つなげる；自殺予防の基礎知識．茨城県立こころの医療センター．2012.9.1.友部
- 22) 高橋祥友：心のサインに気づく、つなげる；自殺予防の基礎知識．山梨県精神保健福祉センター．2012.9.10.甲府
- 23) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識．石川県庁健康福祉部．2012.9.14. 金沢
- 24) 高橋祥友：自殺予防の実際と課題；行動科学の視点からの自殺予防と遺族支援．

- 第 41 回 全青司ひょうご全国研修会.
2012.9.15. 神戸
- 25) 高橋祥友：自殺予防教育. 第 7 回カメラ
アワークショップ. 2012.9.22. 長崎
- 26) 高橋祥友：精神科病院におけるポストベ
ンション. 東京武蔵野病院 2012.9.24. 東
京
- 27) 高橋祥友：ポストベンション；不幸にし
て自殺が起きてしまった時の対応. 京都
いのちの電話. 2012.9.29.
- 28) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識. 獨協医
科大学「現代社会と医学」2012.10.1. 壬
生
- 29) 高橋祥友：自殺予防. 日本精神科看護技
術協会・うつ病看護研修会. 2012.10.5. 京
都
- 30) 高橋祥友：人は何故自殺を選ぶのか？
行動科学の立場から. 自殺対策官民合同
研修会 in 神戸. 2012.10.6. 神戸
- 31) 高橋祥友：うつ病と自殺予防；こころの
サインに気づいたら. 宇都宮市保健所ゲ
ートキーパー研修. 2012.10.12. 宇都宮
- 32) 高橋祥友：精神障害者支援機関における
ポストベンション. 国立精神・神経医療
研究センター病院. 2012.10.16. 小平
- 33) 高橋祥友：警察管理者のための職場のメン
タルヘルス対策 . 警視庁. 2012. 10.29.
東京
- 34) 高橋祥友：子どもの自殺：予防と対応.
日本司法書士会連合会. 2012.11.6. 東京
- 35) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識. 法テラ
ス茨城. 2012.11.12. 水戸
- 36) 高橋祥友：災害時のストレスとこころの
健康；うつ病を中心として. 一般社団法人
震災こころのケア・ネットワークみや
ぎ. 2012.11.23. 石巻
- 37) 高橋祥友：強いられる死；自殺…なぜ？
どうして！ ハートイン宮城.
2012.11.24. 仙台
- 38) 高橋祥友：心のサインに気づく、つなげ
る；自殺予防の基礎知識. 茨城いのちの
電話. 2012.11.24. つくば
- 39) 高橋祥友：子どもの自殺予防. 文部科学
省児童生徒の自殺予防に関する普及啓発
協議会. 2012.12.8. 東京
- 40) 高橋祥友：ジャーナリストが知っておき
たい自殺予防の基礎知識. メディアカン
ファランス in 福島. 国立精神保健研究所.
2012.12.11. 福島
- 41) 高橋祥友：自殺予防の基礎知識. 岐阜県
精神保健福祉協会ゲートキーパークルー
スキルアップ講座. 2012.12.14. 美濃太田
- 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) 児童生徒の自殺予防に関する調査研究協
力者会議：平成 22 年度児童生徒の自殺予
防に関する調査研究協力者会議審議のま
とめ. 文部科学省初等中等教育局児童生
徒課. 2011
 - 2) 警察庁生活安全局地域課：平成 24 年中に
おける自殺の概要資料. 警察庁, 2013
 - 3) 高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨
床的評価と危機介入. 金剛出版、2006
 - 4) 高橋祥友・編著：改訂新版・青少年のた
めの自殺予防マニュアル. 金剛出版、
2008a
 - 5) 高橋祥友・編：現代のエスプリ 488 号「子
どもの自殺予防」.至文堂、2008b
 - 6) Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C.,
et al. Saving and empowering young lives in
Europe (SEYLE): A randomized controlled
trial. BMC Public Health, 10:1-14, 2010

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）

大高 靖史（日本医科大学 精神医学教室）

研究要旨：

【目的】若年の自殺未遂者への調査から年代ごとの自殺の特徴を明らかにし、自殺防止のための有効な介入方法について検討を行うことを目的とする。

【方法】研究1：わが国の自殺対策の中で児童思春期の自殺に関して検討する基礎的な資料がなかった。そのため、2000年4月1日から2010年6月30日に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに自殺未遂で搬送された19歳未満の男女56人（男性14人、女性42人）について、診療録等の記録から、自殺未遂に至った原因・動機と考えられる事象を選び、2009年の警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の分類に基づいて分類を行った。

研究2：2011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るため、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）の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3：2010年3月1日～2012年9月30日の2年7か月間において、日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院となった自殺未遂症例229例について、診療録等から、自殺企図手段、精神科通院歴、自殺企図に影響したと考えられる要因、DSM-IV-TRに基づく精神科診断等を調査し、統計的検討を行った。

【結果および考察】以上の研究の結果、原因・動機が特定された児童思春期の自殺未遂者の内、89.1%に原因として何らかの精神疾患が認められており、児童思春期であっても自殺の最も重要な要因が精神疾患であることが示され、児童思春期の自殺対策としても、成人と同様に精神保健領域での積極的なアプローチが必要であると考えられた。また、警察庁統計では分類項目に挙げられていないが、児童思春期の自殺を考える上で、「社会適応困難・社会的孤立」が原因・動機として重要である可能性が示された。若年群においては、中高年群と比較して「大うつ病性障害、双極性障害」が有意に少なく、「パーソナリティ障害」が有意に多かった。また、「直接的要因：家庭問題」が有意に少なく、「直接的要因：学校問題」、「間接的要因：学校問題」が有意に多かった。高齢群においては、中高年群との比較において、平均間接的要因数、精神科受診歴が有意に少なかった。一方、「大うつ病性障害、双極性障害」、「間接的要因：健康問題」が有意に多かった。調査結果から、若年者に対しては身体科救急医療機関における精神科医と連携した自殺未遂者ケアが、高齢者に対しては精神科受診につなげるためのうつ病対策が重要と考えられた。また、飲酒の危険性に対する啓発や過量服薬への対応は年代を問わず行うべき課題であると考えられた。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。

【結論】本研究においては、児童思春期の自殺において精神疾患が原因・動機として重要であることが示された。我が国では、自殺の原因として精神疾患の重要性が徐々に受け入れられるようになり、自殺対策としてうつ病対策を中心とした精神保健領域での対策が講じられるようになったが、児童思春期の自殺に対しては精神保健領域での対策がほとんど進んでいないのが現状である。今後、児童思春期の自殺対策においても、成人における自殺対策と同様、精神保健領域での積極的なアプローチが求められる。

また思春期と成人の自殺企図の特性の長期間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が示唆された。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。

致死性の高い自殺企図を行った自殺未遂者に対する調査は自殺既遂者に対する心理学的剖検と並んで自殺の実態解明に有効であることが示唆された。

研究 1)

A. 研究目的

児童思春期の自殺の特徴について分析を行い、それに基づいた有効な予防策を講じていく必要があるが、それを論じるための基礎的な情報についてこれまでほとんどなかった。そのため、2000 年以降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児童思春期の自殺未遂症例について、診療録等の記録から、自殺企図の原因・動機の特徴について検討を行った。

B. 研究方法

2000 年 4 月 1 日から 2010 年 6 月 30 日に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに自殺未遂で搬送された 19 歳未満の男女 56 人（男性 14 人、女性 42 人）について、診療録等の記録から、自殺未遂に至った原因・動機

と考えられる事象を選び、2009 年の警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の分類に基づいて分類を行った。原因・動機と考えられる事象については、診療時点での本人、家族、知人等からの情報やその当時の担当医の判断だけでなく、児童思春期の心性を適切に考慮するため、改めて児童思春期精神医学を専門とする医師が原因・動機としての妥当性の判断を行った上で、計上した。なお、原因・動機の分類については、2009 年の警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の分類を使用し、原因・動機について 2009 年の警察庁統計におけるデータを参考として考察を行った。

（倫理面への配慮）

診療録から得られた情報は、匿名化し個人が特定されないように配慮を行った。

C. 研究結果

対象者は56人で、年齢は13歳から18歳、平均16.38歳であった。また、男性は14人で平均16.36歳、女性は42人で平均16.38歳であり、男女比では女性が多かったが、平均年齢に有意差は認められなかった。

対象となった56人中、解離性健忘の状態でも搬送され、自殺企図時の状況を全く覚えていなかった1人を除いた55人について、自殺企図の原因・動機と考えられる事象が同定された。55人の原因・動機数はそれぞれ1個から4個であり、合計123個、一人あたり平均2.2個であった。

原因・動機を大分類で見ると、「健康問題」が60個で最も多く、以下「家庭問題」、「男女問題」、「学校問題」が多かった。

「その他」への分類も18個認められ、「家庭問題」に次ぐ個数であった。大分類内での複数該当を除き、実人数で考えると、「健康問題」に該当した者は49人であり、原因・動機特定者の89.1%が何らかの「健康問題」が原因で自殺企図に至っていた。「健康問題」については1件が「病気の悩み（身体の病気）」に該当した以外は全て精神疾患関連の項目に該当しており、「病気の悩み（身体の病気）」に該当した例は「病気の悩み（うつ病）」にも該当していたため、実際には「健康問題」に該当した49人全員が何らかの精神疾患により自殺企図に至った例であった。

細分類中最も該当件数が多かったのが、「健康問題」の「病気の悩み（うつ病）」と「健康問題」の「病気の悩み（その他の精神疾患）」で、それぞれ25件であった。以下、「その他」の「その他」が13件、「家庭問題」の「親子関係の不和」と「その他家族関係の不和」、「健康問題」の「病気の悩み（統合失調症）」がそれぞれ7件となっており、それ以外の分類は全て5件以下であった。

D. 考察

自殺の原因として精神疾患が最も重要な要因であるということは、これまで多くの成人

の研究において示されており、成人の自殺の原因として精神疾患が最も重要な要因であるということはこれまで多くの研究において示されている。一方、児童思春期の自殺と精神疾患の関連についてはこれまで明確に示されることがなかった。本研究においては原因・動機が特定された児童思春期の自殺未遂者の内、89.1%に原因として何らかの精神疾患が認められており、児童思春期であっても自殺の最も重要な要因が精神疾患であることが示された。警察庁の自殺統計においては20歳未満の原因・動機特定者数が不明であるため、厳密な比較はできない。しかし、2009年の20歳未満自殺者565人中、「健康問題」が173件と、原因・動機の分類中最多で、そのほとんどを精神疾患に関連した細分類が占めていることから、児童思春期の自殺において精神疾患が最も主要な原因となっていることについては、本研究と警察庁統計の両方で共通した結果が得られたといえる。

ただし、児童思春期の自殺未遂者中精神疾患を有している者の割合が89.1%という本研究の結果は、警察庁統計から予測される割合よりもかなり高くなっている。警察庁統計は、原因・動機の判定が遺書や警察官による周囲への聞き取りによるものであり、自殺企図時点で精神医学的評価を受けていなかった例については、精神疾患が自殺企図の原因・動機となった可能性について考慮されていないものと推測される。

こうした現状を踏まえ、本研究において、いじめが原因・動機であった自殺未遂例を調べたところ、件数は4件であり、原因・動機特定者の7.3%であった。これはもちろん無視できる割合ではないが、精神疾患が原因・動機となっている割合に比べると遥かに小さな割合であった。なお、2009年の警察庁統計において、20歳未満の自殺の中で学校でのいじめが原因と判明したのは565人中僅か7人であり、実際の児童思春期の自殺既遂者においてもいじめが原因の自殺はそう多くない事が示されている。

本研究の結果や警察庁統計におけるデータからは、児童思春期の自殺対策を考える上で、いじめ対策も重要ではあるが、それ以上に精神疾患への対策が重要であることが示唆される。

本研究においても原因・動機が大分類「その他」の中の細分類「その他」に分類された例が13件あったが、その内8件は「社会適応困難・社会的孤立」であった。現状の原因分類においては、職場や学校における適応の問題については項目が設定されているものの、義務教育年齢を過ぎた思春期の年代で、職場にも学校にも所属できていない場合の適応の問題については分類する項目が設定されていない。本研究において社会適応の困難さが思春期における自殺の原因・動機として重要である可能性が示されており、この点について思春期の自殺の原因分析を行う上で十分考慮すべきであると考えられた。

E. 結論

本研究においては、児童思春期の自殺において精神疾患が原因・動機として重要であることが示された。しかし、児童思春期の自殺に対しては精神保健領域での対策がほとんど進んでいないのが現状である。今後、児童思春期の自殺対策においても、成人における自殺対策と同様、精神保健領域での積極的なアプローチが求められることが必要であることが示唆された。

研究2)

A. 研究目的

1) 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性が生じた。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。

2) 思春期は、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、家族から自立して魅力的な異性との新しい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へ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。また、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

1) 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 (Posner et al., 2007) 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) と前年同期間に

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、警察庁統計における「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、警察庁統計においては、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・動機の分類は警察庁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。

2）本研究も日本医科大学付属病院高度救命救急センター（Critical Care Medicine : CCM）で行われた。本研究では、思春期の自殺未遂者の特性を調べるために、調査対象者を 2 群に分けた（18 歳以下と 19 歳以上）。そして、成人症例を思春期症例の対照群として設けた。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は合計 59 名であった。一方、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 歳以上の成人症例は合計 102 症例であった。

本研究は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に行った。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。

本研究での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、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、精神病的状態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

（1）対象症例詳細

調査対象期間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