

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を認めた (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。

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。

本報告では、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、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

1) 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。

2) 本研究は日本における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

1) 今回の調査から、東日本大震災が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言え、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が明らかとなった。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。

研究3)

A. 研究目的

研究1-2)において、自殺未遂者自身への調査による自殺企図の要因分析を行い、年代ごとに自殺企図の特徴が認められることが明らかになった。研究3では、これまでにを行った調査データを改めて年代ごとに解析し、各年代の特徴を明らかにすることで、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。

B. 研究方法

2010年3月1日～2012年9月30日の2年7か月間において、三次救急医療機関である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症例の中から、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。

調査対象症例については、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。自殺企図手段については、複数の手段を用いている場合は、最も致死的で身体的治療の必要性が高かった手段を1つ選び計上した。自殺企図に影響したと考えられる要因については、昨年度までと同様、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、「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、DSM-IV-TRに基づく精神科診断を行っているため、分類項目から外した。また、前年度までの研究において、飲酒により希死念慮が強まり自殺に至る症例が多いことがわかっているが、一方で警察庁統計に飲酒の項目はなく「その他」の「その他」に分類せざるを得ないため、飲酒については別に集計した。なお、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ものは除いている。自殺企図に影響したと考えられる要因については、直接的要因と間接的要因に分けて分類を行った。

自殺企図に影響したと考えられる要因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要因の有無を考え、要因数 1 として計上した。

統計的検討においては、調査対象群を 30 歳未満の若年群、30 歳～59 歳の中高年群、60 歳以上の高齢群に分け、中高年群との間で若年群と高齢群の比較を行った。各群の直接的要因数、間接的要因数については、それらの平均値について Welch 検定を用いた解析を行い、性別、自殺企図手段、精神科通院歴、精神科診断、自殺企図に影響した要因については、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。

(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

結果の詳細は表 2 に示した。

対象症例は 229 例であり、若年群が 64 例、中高年群が 131 例、高齢群が 34 例であった。

若年群においては、中高年群との比較において、「大うつ病性障害、双極性障害」が有意に少なく (カイ二乗検定, $\chi^2=5.624$, $p=0.018$)、
「パーソナリティ障害」が有意に多かった (カイ二乗検定, $\chi^2=5.656$, $p=0.017$)。また、「直接的要因：家庭問題」が有意に少なく (カイ二乗検定, $\chi^2=4.438$, $p=0.035$)、「直接的要因：学校問題」(Fisher の正確確率検定, $p=0.003$)、「間接的要因：学校問題」(Fisher の正確確率検定, $p=0.034$) 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 (Welch 検定, $t=2.150$, $p=0.035$)、精神科受診歴 (カイ二乗検定, $\chi^2=10.429$, $p=0.001$) が有意に少なかった。一方、「大うつ病性障害、双極性障害」(カイ二乗検定, $\chi^2=5.578$, $p=0.018$)、「間接的要因：健康問題」(Fisher の正確確率検定, $p=0.017$) が有意に多かった。

若年群、高齢群共に中高年群との比較において、飲酒の有無、自殺企図手段に有意な差は認められなかった。

D. 考察

本研究においては、中高年群との比較により若年群と高齢群の特徴を明らかにすることを試みた。従来から中高年の自殺企図については、うつ病と経済生活問題が注目され、それらに対する対策が自殺対策として数多く実施されてきている。本研究の結果においては、それらの要因以外にも家庭問題の割合が大きいことが示されているが、介入可能性を考えるとうつ病や経済生活問題に対する介入を行っていくことは理に適っているものと考えられる。

若年群についてはパーソナリティ障害の割合が大きいことが一つの特徴である。パーソナリティ障害は慢性的な希死念慮から自殺企図を繰り返すために、「本気ではない」と自殺未遂後の対応が十分になされないことも多い。しかし、本研究で見られるように実際自殺企図によって三次救急の場に搬送されてくるパーソナリティ障害患者もおり、自殺企図の繰り返しの中で実際に死に至る例も稀ではないことを医療者の間で熟知しておく必要がある。その点において、若年者の自殺企図については、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の必要性が大きいと考えられる。

高齢群についてはうつ病患者の割合が大きい一方で精神科通院歴の低さが特徴であり、高齢者においてうつ病が見逃されていること、及び精神科につながりにくいことが自殺企図の大きな要因となっていることが伺われる。

従来からのうつ病対策は専ら中高年をターゲットとして行われてきたが、本研究の結果からは、精神科受診に抵抗の強い高齢者に対するうつ病対策の必要性は極めて高いと思われる。

自殺企図に影響する要因として飲酒の問題が重要であることは前年度までの研究結果でも示されているが、本研究においても飲酒は精神疾患を除いた中で最も大きな要因であり、本研究における対象症例の 20%程度が飲酒を自殺企図の要因としている。しかも、若年群、中高年群、高齢群のいずれにおいても飲酒の影響は大きく、年齢層を問わず自殺行動における飲酒の危険性について啓発を行っていく必要がある。

自殺企図手段としては過量服薬が全体の半数以上を占めており、我が国において過量服薬が極めて一般的な自殺企図手段となっていることが伺われる。過量服薬については若年層の衝動的な自殺企図がイメージされやすいが、本研究の結果からは必ずしも年代に関係なく認められることが示されており、その点においても過量服薬の一般化が進んでいると考えられる。医療者、特に精神科医はその点を理解し、自殺企図手段となりうるものを提供しているという認識も持ちつつ、処方を行う必要があるだろう。

E. 結論

3 年間の研究を通して、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。また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。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。

自殺未遂者は自らの体験を表明することができるため、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と考えられる。今後同じ枠組みにより多施設でこうした調査を行っていくことで、症例数が少ないために特徴が見えにくい若年者、特に未成年の自殺行動についてもその実態を解明する可能性があると考えられる。

さらに、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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川島義高 2010 看護師だからできる！救急搬送された自殺未遂患者への声かけ・対応 Expert Nurse Vol.26, No.2: 28-31.
- 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 2010 思春期の自殺—救命救急センターでの取り組み— 臨床精神医学 39(11): 1397-1404.
- 3) 成重竜一郎, 川島義高, 齊藤卓弥, 大久保善朗: 児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討. 児童青年精神医学とその近接領域, 53(1), 46-53, 2012
- 4) 成重竜一郎, 川島義高, 大高靖史, 齊藤卓弥, 大久保善朗: 東日本大震災後における自殺未遂者の特徴. 臨床精神医学, 41(9), 1255-1261, 2012

- 5) Ataru Omori, Amane Tatenno, Takashi Ideno, Hidehiko Takahashi, Yoshitaka Kawashima, Kazuhisa Takemura, Yoshiro Okubo. Changed implicit attitudes towards schizophrenia: influence of contact with schizophrenia patients on clinical residents. BMC Psychiatry 2012, 12:205. (doi:10.1186/1471-244X-12-205)
 - 6) Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y: The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents - Comparison Study between Adolescents and Adults-. BMC Psychiatry, 2012, 12: 191(doi:10.1186/1471-244X-12-191)
2. 学会発表
- 1) 川島義高・伊藤敬雄・大高靖史・成重竜一郎・齊藤卓弥・大久保善朗 2010 思春期の自殺未遂症例の特性—思春期症例と成人症例との比較— 第 23 回日本総合病院精神医学会総会、11 月、東京。
 - 2) 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.
 - 3) 川島義高・伊藤敬雄・本間房恵・大久保善朗 2011 自殺未遂者に対する神経心理学検査の有用性—当院入院中に施行した 1 症例— 第 107 回日本精神神経学会学術総会、10 月、東京。
 - 4) 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、2 月、沖縄。
 - 5) 川島義高・米本直裕・稲垣正俊・山田光彦 2012 救急施設に搬送された自殺未遂者に関する研究の系統的レビュー：日本で実施された研究の現状と課題 第 36 回日本自殺予防学会総会、9 月、東京。
 - 6) 大高靖史・伊藤敬雄・川島義高・大久保善朗 2010 高度救命救急センターに搬送された飛び降り自殺未遂例のマネジメントについて 第 23 回日本総合病院精神医学会総会、11 月、東京。
 - 7) 大高靖史・伊藤敬雄・川島義高・大久保善朗 2011 重症身体合併症を抱えた自殺未遂例のマネジメントの問題点について 第 107 回日本精神神経学会学術総会、10 月、東京。
 - 8) 富田理紗子・山本正浩・舘野周・大高靖史・川島義高・朝山健太郎・大久保善朗 2012 東京ルールに基づいて当院高度救命救急医療センターを経て精神科受診となった症例について 第 108 回日本精神神経学会学術総会、5 月、札幌。
 - 9) 藤澤大介・佐渡充洋・中川敦夫・舘野周・川島義高・菊地俊暁・満田大・野崎昭子・新福正機・岩下寛・大野裕 2012 日本語版自己記入式うつ症状尺度(Inventory of Depressive Symptomatology-self report:IDS-SR)の開発 第 108 回日本精神神経学会学術総会、5 月、札幌。
 - 10) Narishige R, Saito T: The Characteristics of Suicide Attempts in Japanese Youth after the Great East Japan Earthquake. The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 20th World Congress, 2012, July, in Paris, France.
 - 11) 大高靖史, 成重竜一郎, 川島義高, 与儀恵子, 氏原将奈, 村山雅子, 小山佐智子, 横田由美, 大久保善朗: 救急医療機関退院後の自殺未遂者に対する地域フォローアップ体制の構築—保健師と救急医療機関との連携による取組事例の報告—。第 36 回日本自殺予防学会総会, 9 月, 東京
 - 12) 成重竜一郎: 単科精神科病院における地域医療としての児童精神科医療の試み。第 52 回日本児童青年精神医学会総会, 11 月, 東京
 - 13) 鈴木砂由里, 成重竜一郎, 高取祐子, 柴崎哲, 大島希: 児童思春期精神医療にお

ける学校訪問を利用した地域コミュニティへのアプローチ. 第 52 回日本児童青年精神医学会総会, 11 月, 東京

- 14) 柴崎哲, 成重竜一郎, 鈴木砂由里, 高取祐子, 大島希: 児童思春期精神科入院治療における作業療法の評価手法に関する予備的検討. 第 52 回日本児童青年精神医学会総会, 11 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 年の警察庁の自殺統計（「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 自殺未遂者の年代ごとの比較

	計 (n=229)	中高年 (n=131)	若年 (n=64)	significance	高齢 (n=34)	significance
男性/女性	104/125	59/72	27/37	NS [†]	18/16	NS [†]
直接的要因数(平均)	141 (0.62)	81 (0.62)	35 (0.55)	NS [§]	25 (0.74)	NS [§]
間接的要因数(平均)	128 (0.56)	83 (0.63)	32 (0.50)	NS [§]	13 (0.38)	p=0.035 [§]
精神科通院歴	160 (69.9%)	96 (73.3%)	49 (76.6%)	NS [†]	15 (44.1%)	p=0.001 [†]
飲酒	46 (20.1%)	29 (22.1%)	12 (15.6%)	NS [†]	5 (14.7%)	NS [†]
(企図手段)						
過量服薬	122 (53.3%)	70 (53.4%)	38 (59.4%)	NS [†]	14 (41.2%)	NS [†]
飛び降り	39 (17.0%)	20 (15.3%)	15 (23.4%)	NS [†]	4 (11.8%)	NS [†]
切刺創	20 (8.7%)	10 (7.6%)	3 (5.7%)	NS [†]	7 (20.6%)	NS [†]
有毒ガス	16 (7.0%)	11 (11.3%)	2 (3.2%)	NS [†]	3 (8.8%)	NS [†]
縊首	13 (5.7%)	9 (6.9%)	2 (3.2%)	NS [†]	2 (5.9%)	NS [†]
その他手段	19 (8.3%)	11 (7.6%)	4 (6.3%)	NS [†]	4 (2.9%)	NS [†]
(精神科診断*)						
物質関連障害	22 (9.6%)	13 (9.9%)	7 (10.9%)	NS [†]	2 (5.9%)	NS [†]
統合失調症および他の精神病性障害	53 (23.1%)	29 (22.1%)	17 (26.6%)	NS [†]	7 (20.6%)	NS [†]
大うつ病性障害, 双極性障害	47 (20.5%)	28 (21.4%)	5 (7.8%)	p=0.018 [†]	14 (41.2%)	p=0.018 [†]
気分変調性障害	28 (12.2%)	17 (13.0%)	10 (15.6%)	NS [†]	1 (2.9%)	NS [†]
適応障害	35 (15.3%)	22 (16.8%)	9 (14.1%)	NS [†]	4 (11.8%)	NS [†]
パーソナリティ障害	24 (10.5%)	11 (8.4%)	13 (20.3%)	p=0.017 [†]	0 (0%)	NS [†]
その他精神科診断	17 (7.4%)	11 (8.4%)	4 (6.3%)	NS [†]	2 (5.9%)	NS [†]
精神科診断なし	15 (6.6%)	7 (5.3%)	3 (5.7%)	NS [†]	5 (6.3%)	NS [†]
(原因・動機)						
直接的要因: 家庭問題	45 (19.7%)	31 (23.7%)	7 (10.9%)	p=0.035 [†]	7 (20.6%)	NS [†]
直接的要因: 健康問題	3 (1.3%)	2 (1.5%)	0 (0%)	NS [†]	1 (2.9%)	NS [†]
直接的要因: 経済・生活問題	23 (10.3%)	14 (10.7%)	3 (5.7%)	NS [†]	6 (17.6%)	NS [†]
直接的要因: 勤務問題	15 (6.6%)	11 (8.4%)	4 (6.3%)	NS [†]	0 (0%)	NS [†]
直接的要因: 男女問題	22 (9.6%)	11 (8.4%)	11 (17.2%)	NS [†]	0 (0%)	NS [†]
直接的要因: 学校問題	5 (2.6%)	0 (0%)	5 (7.8%)	p=0.003 [†]	0 (0%)	
直接的要因: その他	22 (9.6%)	13 (9.9%)	7 (10.9%)	NS [†]	2 (5.9%)	NS [†]
間接的要因: 家庭問題	36 (15.7%)	22 (16.8%)	9 (14.1%)	NS [†]	5 (6.3%)	NS [†]
間接的要因: 健康問題	7 (3.1%)	2 (1.5%)	1 (1.6%)	NS [†]	4 (11.8%)	p=0.017 [†]

間接的要因:経済・生活問題	29 (12.7%)	19 (14.5%)	6 (9.4%)	NS [§]	4 (11.8%)	NS [†]
間接的要因:勤務問題	22 (9.6%)	14 (10.7%)	5 (7.8%)	NS [§]	3 (8.8%)	NS [†]
間接的要因:男女問題	5 (2.6%)	4 (3.1%)	1 (1.6%)	NS [†]	0 (0%)	NS [†]
間接的要因:学校問題	3 (1.3%)	0 (0%)	3 (5.7%)	$p=0.034^{\dagger}$	0 (0%)	
間接的要因:その他	16 (7.0%)	8 (6.1%)	6 (9.4%)	NS [†]	2 (5.9%)	NS [†]

[§] Welch 検定, [§]カイニ乗検定, [†]Fisher の正確確率検定

*統合失調症および他の精神病性障害, 大うつ病性障害または双極性障害, 気分変調性障害, 適応障害については相互に診断の重複はなかったが, 他の診断については診断の重複が認められた例が存在し, 診断総数は人数と一致していない。

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 主一	（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	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）
	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）
	水田 恵	（NPO 法人自立支援センターふるさとの会）
	瀧脇 憲	（NPO 法人自立支援センターふるさとの会）
	佐久間裕章	（NPO 法人自立支援センターふるさとの会）
	的場 由木	（NPO 法人自立支援センターふるさとの会）
	古木 大介	（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）
	森川すいめい	（医療法人社団一陽会陽和病院／NPO 法人 TENOHASI）
	富岡伸一郎	（三楽病院精神科／NPO 法人 TENOHASI）
	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 TENOHASI）
	川添 敏弘	（学校法人ヤマザキ学園／NPO 法人 TENOHASI）
	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 TENOHASI）
	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 TENOHASI）
	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 TENOHASI）
	宇賀神恵理	（埼玉医科大学保健医療学部看護学科／NPO 法人 TENOHASI）
	中村あずさ	（NPO 法人メドゥサン・デュ・モンド ジャパン／NPO 法人 TENOHASI）
	奥田 浩二	（市川市福祉部福祉事務所）
	菊池 良恵	（ぼとむあっぷ研究会）
	山本 創	（患者の生活・就労をつむぐ会）
	安原 弘樹	（ASUPPORT 川口）

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の実態を調査し、生活困窮者の自殺予防に資する施策について考案する。

【方法】東京都内の特定地区（I 地区と S 地区）の路上生活者および簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を対象に「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実施し、(1) 自殺関連行動の出現頻度と関連要因、(2) 精神的健康度低下の出現頻度と関連要因を分析した。また、(3) S 地区において NPO 法人の支援を受けている簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を対象に、求められている支援の内容を可視化することを目的に面接聞き取り調査を行った。さらに、(4) 上記の簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者のうち、実際に自殺関連行動が見られた生

生活困窮者を対象に、支援スタッフが個別事例の生活課題と支援の内容に関する情報を日誌等の記録資料から後方視的に収集・転記し、研究員がその内容を分析した。

【結果】(1) 調査に協力が得られたのは 423 人（男 392 人，女 31 人，平均年齢±標準偏差＝60.6 ±11.9 歳）であった。最近 2 週間の自殺関連行動については、反復する希死念慮が 51 人（12.2%）、反復する自殺念慮が 29 人（6.9%）、自殺の計画が 22 人（5.3%）、自殺企図が 11 人（2.7%）に認められた。多変量ロジスティック回帰分析では、「精神的健康度が低下していること」「痛みがあること」「視覚障害があること」「主観的健康感が不良であること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」が反復する自殺念慮の有意な関連要因であることが示された。(2) 上記の対象のうち、精神的健康度低下（日本語版 WHO-5 で 13 点未満）が 57.1% に認められ、重回帰分析で、「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如と収入の不足」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」が精神的健康度低下の有意な関連要因であることが示された。(3) 調査に協力が得られたのは 339 人（男 311 人，女 28 人，平均年齢±標準偏差＝62.0 ±12.0 歳）であった。カテゴリ別に、求められる頻度が高い（40% 以上の人に求められる）支援の内容を列举すると、①社会サービスの利用調整（例：「生活保護、介護保険、住民票、障害者手帳などの手続き」）、②健康の保持（例：「体調が悪い時の相談と対応」「診療所や看護師等の関係機関との連絡調整」「服薬管理」）、③安心生活（例：「寂しい時や困った時の相談」）に関わる支援が高頻度に認められた。(4) 最近 2 週間に反復する希死念慮（「死にたいと繰り返し考えた」）を認めた者 34 人のうち 31 人（男性 28 人，女性 3 人，平均年齢±標準偏差＝64.5 ±15.3 歳）の情報を収集した。情報源は、①支援開始前後の保健医療・住居・生活保護・日常生活支援の状況の記録、②可能な範囲で聴取できた生活歴、③スタッフ日誌の記述（日常生活の具体的な様子やトラブルが生じた際の対応の記録等）である。カテゴリ別にみた生活課題の出現頻度は、単身 100.0%，高齢 64.5%，身体疾患 83.9%，糖尿病 32.3%，精神疾患 54.8%，器質性精神障害 19.4%，依存症 29.0%，路上生活歴 38.7% であった。支援内容について、既存の制度（その担当者）と利用者の間に立って NPO 法人のスタッフが調整に当たる局面が多くみられた。

【結論】生活困窮者には自殺関連行動と精神的健康度低下が高頻度に認められ、「精神的健康度低下」「情緒的ソーシャルサポート欠如」「住まいの欠如」は自殺関連行動の強力な関連要因となり、「身体的健康状態の不良」「情緒的ソーシャルサポート欠如」「住まいと収入の欠如」が精神的健康度低下の強力な関連要因となる。また、自殺関連行動を認める生活困窮者には、単身、高齢、身体疾患、精神疾患、認知症、依存症、路上生活歴などの重層的生活課題を認める場合が多い。生活困窮者に求められている支援は、通常は家族が提供しているインフォーマルな支援であり、情緒的・情動的・手段的ソーシャルサポートの一体的・継続的な提供という性質をもつ。NPO 法人ふるさとのは、これを「日常生活支援」と呼んでいる。生活困窮者の自殺予防には、「住宅支援」と「日常生活支援」を一体的に提供する事業を推進する施策が必要である。

A. 研究目的

長引く不況、高い失業率、経済的困窮、公的・私的セーフティネットの不足が、わが国の自殺率の高さと深く関連している可能性は繰り返し指摘されている^{7,10)}。

厚生労働省の調査⁸⁾によれば、2010 年の生活保護受給者における自殺率は人口 10 万対 55.7、同年の全国の自殺率は人口 10 万対 24.9

であり、生活保護受給者に精神疾患（うつ病、統合失調症、依存症）を有する者の割合が高いこと（生活保護受給者 15.0%、全国平均 2.5%）が自殺率を高めている主たる要因と考察されている。

しかし、精神疾患の有病率が高いという事実にとどまらず、生活困窮者には、しばしば、単身、高齢、社会的孤立、精神疾患、身体疾

患、認知症、要介護、貧困、住まいの欠如などの重層的生活課題があり¹²⁾、それらが強い心理的苦悩をもたらし、しかもそのような課題を抱える者ほど必要なサービスにつながりにくい^{5, 6)}といった複合性がある。重層的生活課題を抱える生活困窮者の自殺予防に向けた支援のあり方を検討するためには、自殺関連行動の出現頻度の把握とともに、①精神的・身体的・社会的要因の相互関連、②現実求められている支援の可視化、③個別事例における実践的介入が不可欠であろう。

ホームレスを対象とする自殺関連行動の関連要因研究については諸外国からの報告がいくつもある。Schutt ら¹¹⁾は、ボストンのシェルターを利用しているホームレス(Sheltered homeless: N=218)において、最近1ヶ月間の自殺念慮が13%に認められ、心理的苦悩は自殺念慮の出現に直接効果をもたらし、「自覚的ソーシャルサポート」が心理的苦悩の直接効果を緩和することを示している。Eynan ら³⁾はトロントのホームレス(N=330)において、自殺念慮の生涯有病率が64%、自殺企図の生涯有病率は34%であり、「精神医学的診断」は自殺念慮と自殺企図の両者に関連し、「精神医学的診断」とは独立に「小児期に少なくとも1週間以上の家族不在のホームレス経験があること」「ホームレス期間が6カ月以上であること」が自殺念慮に関連すると報告している。Desai ら²⁾は、米国の The Access to Community Care and Effective Services and Supports program (ACCESS プログラム) に登録されている精神疾患をもつホームレス(N=7,224)を対象に面接調査を行い、2週間以上持続する自殺念慮の生涯有病率は66%、自殺企図の生涯有病率は51%、30日間有病率は8%と報告し、「若年であること」「ホームレス経験が初回であること」「教育歴が低いこと」「ソーシャルネットワークが小さいこと」「アルコールまたは薬物の使用」「抑うつ症状」「精神病症状」「大うつ病」「最近の精神科治療(入院または外来)」「最近の内科・外科治療(入院)」が最近の自殺企図の関連要因であることを示

している。

一方、本邦におけるホームレスの自殺関連行動に関する報告は少ない。森川ら⁹⁾は、「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所として日常生活を営んでいる者」という厚生労働省の全国調査で定義されるホームレス(Street homeless: N=80)を対象に精神疾患の有病率調査を行っている。その中で MINI の自殺危険度の分類における「低危険度」以上が55.7%、過去の自殺未遂が31.6%と報告しているが、包括的な関連要因の分析は行われていない。

ホームレスの実態調査の結果を諸外国のデータと比較する場合、ホームレスの定義の違いに注意する必要がある。たとえば米国のホームレスの定義は広く、「定まった住居がない者、またはシェルター、施設など、住まいではない場所で一時的に夜間を過ごしている者」としている。本研究では、生活困窮者の自殺予防対策に資するデータを得ることを目的に、都市公園、河川、道路、駅舎等で起居する者、簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を含む多様な居住状況にある生活困窮者を対象に、(1)自殺関連行動の出現頻度と関連要因、(2)精神的健康度低下の出現頻度と関連要因、(3)簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者に求められている日常生活支援を明らかにするとともに、(4)自殺関連行動を認める個別事例の検討を行った。

B. 研究方法

平成22年12月15日～平成23年2月28日に、特定非営利活動法人TENOHASIの支援を受けている東京都I地区の路上生活者、特定非営利活動法人ふるさとの会の支援を受けている東京都S地区の簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を対象に、質問票を用いた面接聞き取り調査を行った。

質問票については、支援団体のスタッフと研究者で作業グループを結成し、①調査実施者にとっても、被験者にとっても抵抗なく、面接調査が実施できること、②調査から支援

への移行を促進できること、③人口統計学的指標、社会的指標、身体的健康関連指標、精神的健康関連指標、自殺関連行動指標を網羅することを条件とする「精神保健福祉ニーズ調査票」を作成した。また、簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者で実際に支援を行っているスタッフで作業グループを結成し、11 カテゴリー44項目からなる「日常生活支援ニーズ調査票」を作成した。いずれの地区においても調査実施者は各支援団体のスタッフとした。また、平成 23 年から平成 24 年にかけて、S 地区の対象者のうち、自殺関連行動（反復する希死念慮）が見られた者を対象に、NPO 法人の支援スタッフが、①支援開始前後の保健医療・住居・生活保護・日常生活支援の状況、②可能な範囲で聴取できた生活歴、③スタッフ日誌を情報源にして、対象が抱える生活課題の具体的な支援内容を後方視的に調査記述し、研究員がこれを質的に分析した。

調査票の作成手順および調査項目の詳細については平成 22 年度厚生労働科学研究報告書を参照されたい¹⁾。

（倫理面への配慮）

本調査を実施するにあたっては、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た（平成 22 年 11 月 26 日承認）。また、研究の目的、方法等について書面と口頭で被験者本人に説明し、書面による同意を得た。

C. 研究結果

対象の特徴を表 1 に示す。調査に協力が得られたのは 423 人（男 392 人、女 31 人）、平均年齢±標準偏差は 60.6±11.9 歳であった。I 地区と S 地区を比較すると、I 地区の方が、年齢は若く、生活の場が「公園、河川、駅舎、道路等」（生活の場が路上）である者が多く、平均月収 5 万円未満の者が多く、「困った時に相談できる人」「体の具合が悪い時に相談できる人」「病気のときに身のまわりの世話をしてくれる人」「病気のときに病院に連れて行ってくれる人」が少なく、精神的健康度が低く、最近 2 週間の自殺関連行動の出現頻度が高か

った。

（1）自殺関連行動の出現頻度と関連要因

最近 2 週間の自殺関連行動の出現頻度について、「死にたいと繰り返し考える」（反復する希死念慮）が 51 人（12.2%）、「自分を傷つけたいと繰り返し考える」（反復する自傷念慮）が 20 人（4.8%）、「自殺について繰り返し考える」（反復する自殺念慮）が 29 人（6.9%）、「自殺の計画をしたことがある」（自殺の計画）が 22 人（5.3%）、「実際に自殺を試みたことがある」（自殺企図）が 11 人（2.7%）に認められた。また、生涯の自殺関連行動については、「今までの人生で自殺を試みたことがある」が 74 人（17.7%）に認められた（表 1）。

「最近 2 週間、自殺について繰り返し考える」（最近 2 週間の反復する自殺念慮）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、生活の場が路上であること、平均月収が 5 万円未満であること、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、主観的健康感が不良であること、視覚障害があること、痛みがあること、精神的健康度が低いこと、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、が有意に関連した（表 2）。

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、精神的健康関連指標からは「精神的健康度」、身体的健康関連指標からは「痛み」「視覚障害」「主観的健康感」のいずれか 1 つ、社会的指標からは「生活の場」「困った時に相談できる人」を選択して、3 つの多変量ロジスティック回帰モデルを作成した。その結果、①モデル 1 では「精神的健康度が低いこと」「痛みがあること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」、②モデル 2 では「精神的健康度が低いこと」「視覚障害があること」「生活の場が

路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」、③モデル3では「主観的健康感が不良であること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」が最近2週間の反復する自殺念慮に有意に関連することが示された(表3)。

(2) 精神的健康度低下の出現頻度と関連要因

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低下は 226 人(57.1%)に認められた。精神的健康に関連する項目を除く各質問項目の回答を因子分析(最尤法、バリマックス回転)した結果4因子が抽出された(表4)。因子負荷量の高い質問項目の内容から、各因子は、第1因子「住まいと収入」、第2因子は「情緒的ソーシャルサポート」、第3因子は「手段的ソーシャルサポート」、第4因子は「身体的健康」と命名された。4因子の因子得点を説明変数に強制投入した重回帰分析では、「住まいと収入の欠如」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」「身体的健康状態の不良」が、精神的健康度低下と有意に関連した(表5)。

(3) 生活支援ニーズの出現頻度

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(表6)。各カテゴリーに含まれる支援項目を頻度の高い順に並べると、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食事の準備をしてもらう(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い(30.0%)であった(表7)。

(4) 自殺関連行動を認める個別事例の検討

S 地区において最近2週間の「反復する希死念慮」を認めたのは34人で、このうち31人(男性28人、女性3人、平均年齢±標準偏差=64.5±15.3歳)より情報を得ることができた(回収率91.2%)。

生活課題として捉えられる属性として、単身31人(100.0%)、高齢(65歳以上)20人(64.5%)、糖尿病10人(32.3%)、身体疾患(通院中の身体疾患の記載があるものと定義)26人(83.9%)、精神疾患(病名の記載があるもの)に限り、記述内容から推察されるものは除いた)17人(54.8%)、精神疾患のうちF0(器質性精神障害)6人(19.4%)、依存症(アルコール依存・乱用、薬物依存、賭博でトラブル、などの記載があるものと定義)9人(29.0%)、過去の強度のストレス(ここでは「路上生活をしたことがある」で代表させた)12人(38.7%)に認められた。

支援内容を精査したところ、支援スタッフが既存の制度担当者と利用者の間に立って調整に当たっている局面が多く見られた。

D. 考察

本調査の結果、生活困窮者の自殺関連行動には、精神的健康度低下とともに、住まいの欠如やソーシャルサポートの欠如が深く関連しており、精神的健康度低下の背景には、身体的健康問題、住まいの欠如、収入の不足、ソーシャルサポートの欠如が深く関連していることが明らかにされた。

すでに Gelberg ら⁴⁾は、ホームレスにおいては精神的、身体的、社会的健康問題が相互に密接に関連しており、心理的苦悩の緩和には、サービス利用を可能とする環境を整備した上で、就労支援とともに、広範な保健サービスパッケージを提供することが重要であると指摘している。住まいの欠如、収入の不足、ソーシャルサポートの欠如(すなわち社会的孤

立)は、ホームレスに代表される生活困窮者が普遍的に抱えている課題であるが、これらは、身体的健康や精神的健康を悪化させ、自殺リスクを高める要因であると同時に、保健サービスの利用を困難にさせる要因ともなり得る。したがって、生活困窮者の効果的な自殺予防対策には、サービス利用を可能とする環境を整備した上で、住まい、経済、ソーシャルサポート、保健・医療・介護を含む包括的なサービスを一体的に提供していくシステムの構築が不可欠となる。

特定非営利活動法人ふるさとの会は、簡易宿泊所・自立支援ホーム等による「住宅支援」とともに、「困ったときや病気のときに相談にのる」「制度利用の手続きを手伝う」「食事・家事・金銭管理・服薬管理・通院などを手伝う」などの情緒的・手段的・情動的ソーシャルサポートを継続的・包括的に提供している団体であり、このような支援を同団体は「日常生活支援」と呼んでいる。これらの支援は、現在の介護保険制度や医療保険制度の枠組みの中では提供されにくいものであり、通常は家族によって提供されているインフォーマル・サービスである（そのような意味で「家族的支援」とも呼び得る）。このようなインフォーマル・サービスによって、社会的孤立状況にあった生活困窮者が、はじめて、医療サービス、介護サービス、生活保護・障害年金等の経済支援を含むフォーマル・サービスにつながるができる。「日常生活支援」は、社会的に孤立した生活困窮者をサービス利用につなげ、重層的生活課題の解決の端緒を切り開く新たな対人支援の方法と位置づけることができるかもしれない。

特定非営利活動法人ふるさとの会は、生活困窮者を対象に、「住宅支援」と「日常生活支援」を結合させたサービスを提供している組織である。このような組織の活動が、実際に、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与することができるのか、縦断的な追跡調査が必要であろう。

E. 結論

- (1) 「精神的健康度低下」「住まいの欠如」「ソーシャルサポートの欠如」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」「収入の不足」「ソーシャルサポートの欠如」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) 自殺関連行動を認める生活困窮者が抱える生活課題はしばしば重層的であり、特に、「単身」「高齢」「身体疾患」「精神疾患」「路上生活の経験」という課題を複合的に抱えている場合が多い。
- (4) こうした生活困窮者に求められている支援は情緒的・手段的・情動的ソーシャルサポートに相当するものであり、その多くは、通常、家族によって提供されるインフォーマルな支援（「家族的支援」）である。これを「日常生活支援」と呼ぶことにする。
- (5) 生活困窮者を対象に「住宅支援」と「日常生活支援」を統合的に提供している特定非営利活動法人があるが、このような組織の活動が、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与する可能性がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

栗田主一：生活困窮者の自殺とその予防．日本精神神経学雑誌（印刷中）．

2. 学会発表

- 1) Awata S: Homelessness with dementia in Japan. The World Psychiatric Association, 6th International Meeting of WPA Antistigma Section, 2013.2.13, Tokyo, Japan (Symposium).
- 2) 栗田主一：生活困窮者の自殺とその予防．第108回日本精神神経学会, 2013.5.26, 札幌（シンポジウム）．
- 3) 井藤佳恵, 森川すいめい, 岡村毅, 栗田

主一．都市在住生活困窮者の精神的健康度の分布と関連要因の検討．第 108 回日本精神神経学会，2013.5.26，札幌．

- 4) 岡村毅，井藤佳恵，森川すいめい，栗田主一：都市在住生活困窮者の自殺関連行動の分布と関連要因の検討．第 108 回日本精神神経学会，2012.5.26，札幌．

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) 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.
- 2) Desai RA, Liu-Mares W, Dausey DJ, Rosenheck RA: Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. J Nerv Ment Dis 191: 365-371, 2003.
- 3) Eynan R, Lanley J, Tolomiczenko G, Rhodes AE, et al: The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: results of a cross-sectional survey. Suicide Life Threat Behav 32: 418-427, 2002.
- 4) Gelberg L, Linn LS: Psychological distress among homeless adults. J Nerv Ment Dis 177: 291-295, 1989.
- 5) Hart JT: The inverse care law. Lancet 1: 405-412, 1971.
- 6) 本田徹：認知症医療における一般病院の役割と今後の方向性．老年精神医学雑誌 11: 1213-1218, 2010.
- 7) Inoue K, Tanii H, Fukunaga T, et al: A correlation between increases in suicide rates and increases in male unemployment rates in Mie prefecture, Japan. Ind Health 2007; 45: 177-180.
- 8) 厚生労働省社会・援護局保護課：生活保護受給者の自殺者数について．第 4 回社会保障審議会生活保護基準部会参考資料．平成 23 年 7 月 12 日．
- 9) 森川すいめい，上原里程，奥田浩二，清水裕子，中村好一：東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率．日本公衛誌 58: 331-339, 2011.
- 10) 澤田康幸，崔允禎，菅野早紀：不況・自殺と自殺の関係についての一考察．日本労働研究雑誌 598:58-598, 2010.
- 11) Schutt RK, Meschede T, Rierdan J: Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. J Health Soc Behav 35: 134-142, 1994.
- 12) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：重層的な生活課題（「四十苦」）を抱える人の地域生活を支える＜居場所＞と＜互助＞機能の研究．平成 23 年度厚生労働省セーフティネット支援対策等事業費補助金報告書．平成 24 年 3 月．

表 1. 対象の特徴

項目	区分	I 地区		S 地区		計	
		出現数/ 解析対 象者	頻 度 (%)	出現数/ 解析対 象者	頻 度 (%)	出現数/ 解析対 象者	頻度(%)
N		84		339		423	
性別	男	81/84	96.4	331/339	91.7	392/423	92.7
年齢	(平均年齢±標準偏差) ***	55.52±10.20		64.99±12.02		60.64±11.94	
最終学歴							
	小学校	1/82	1.2	23/336	6.8	24/418	5.7
	中学校	41/82	50.0	178/336	53	219/418	52.4
	高校	29/82	35.4	105/336	31.3	134/418	32.1
	短大・専門学校	2/82	2.4	8/336	2.4	10/418	2.4
	大学以上	7/82	8.5	17/336	5.1	24/418	5.7
	その他	2/82	2.4	5/336	1.5	7/418	1.7
配偶者							
	いる	3/81	3.7	15/333	4.5	18/414	4.3
	いない	54/81	66.7	232/333	69.7	286/414	69.1
	未婚	24/81	29.6	86/333	25.8	110/414	29.6
生活の場***							
	自宅（持家，アパート，貸家）	5/81	6.2	140/334	41.9	145/415	34.9
	公的施設（厚生施設，救護施設，他）	9/81	11.1	12/334	3.6	21/415	5.1
	民間施設	5/81	6.2	145/334	43.4	150/415	36.1
	旅館	2/81	2.5	13/334	3.9	15/415	3.6
	公園，河川，駅舎，道路，その他	60/81	74.1	24/334	7.2	84/415	20.2
平均月収 5 万円未満***		65/78	83.3	100/279	35.8	165/357	46.2
ソーシャルサポートの欠如							
	会うとホッとできる人	39/83	47.0	154/338	45.6	193/421	45.8
	困った時に相談できる人**	49/83	59.0	130/338	38.5	179/421	42.5
	お金のことで相談できる人	62/83	74.7	245/338	72.5	307/421	72.9
	体の具合が悪い時に相談できる人***	46/83	55.4	110/338	32.5	156/421	37.1
	病気のとき身の回りの世話をしてくれる人***	73/84	86.9	211/333	63.4	284/417	68.1
	病気のとき病院に連れ行ってくれる人**	57/84	67.9	166/333	49.8	223/417	53.5
	保証人になってくれる人	72/84	85.7	259/331	78.2	331/415	79.8
精神的健康度							
	日本語版 WHO-5（平均±標準偏差）***	9.85±6.24		12.32±4.97		11.81±5.35	
	精神的健康度不良（13 点未満）*	57/82	69.5	169/314	53.8	226/396	57.1
最近 2 週間の自殺関連行動							
	死にたい，と繰り返し考えた*	17/84	20.2	34/335	10.1	51/419	12.2
	自分を傷つきたい，と繰り返し考えた***	11/84	13.1	9/335	2.7	20/419	4.8
	自殺について，繰り返し考えた**	13/84	15.5	16/335	4.8	29/419	6.9
	自殺の計画をしたことがある**	11/83	13.3	11/335	3.3	22/418	5.3
	実際に，自殺を試みたことがある	5/83	6.0	6/328	1.8	11/411	2.7
生涯の自殺関連行動							
	今までの人生で，自殺について考えたことがある	17/84	20.2	57/334	17.1	74/418	17.7

注) 項目によって欠損値の数異なるため解析対象者の数値が異なる。***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05 (χ2 検定または t 検定)

表 2. 最近 2 週間の反復する自殺念慮の関連要因 (単変量解析)

変数	カテゴリー	自殺念慮出現 数/解析対象者	出現率 (%)	OR	95%信頼区 間		P
性別	男	27/388	7	1			1
	女	2/31	6.5	0.92	0.21	4.07	
年代	非高齢者	22/242	9.1	1			0.029
	高齢者	5/156	3.2	0.33	0.12	0.89	
教育歴	高卒以上	14/172	8.1	1			0.447
	高卒未満	15/242	6.2	0.75	0.35	1.59	
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	17/328	5.2	1			0.006
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	11/84	13.1	3.01	1.38	6.58	
平均月収	5 万円以上	8/190	4.2	1			0.046
	5 万円未満	16/165	9.7	2.44	1.02	5.87	
会うとほっとできる人	いる	10/226	4.4	1			0.047
	いない	18/191	9.4	2.25	1.01	4.99	
困ったときに相談できる 人	いる	9/240	3.8	1			0.007
	いない	19/177	10.7	3.09	1.36	7.00	
お金のことで相談できる 人	いる	5/112	4.5	1			0.271
	いない	23/305	7.5	1.75	0.65	4.71	
体の具合が悪い時に相談 できる人	いる	12/262	4.6	1			0.027
	いない	16/155	10.3	2.40	1.10	5.21	
病気になったときの身のまわ りの世話をしてくれる人	いる	7/131	5.3	1			0.366
	いない	22/282	7.8	1.50	0.62	3.60	
病気になったときに病院 に連れて行ってくれる 人	いる	13/191	6.8	1			0.874
	いない	16/222	7.2	1.06	0.50	2.27	
保証人になってくれる人	いる	6/84	7.1	1			0.972
	いない	23/327	7.0	0.98	0.39	2.50	
主観的健康感	良好	10/249	4	1			0.004
	不良	19/160	11.9	3.22	1.46	7.12	
視覚障害	なし	11/252	4.4	1			0.012
	あり	18/164	11	2.70	1.24	5.88	
聴覚障害	なし	25/330	7.6	1			0.315
	あり	4/89	4.5	0.57	0.19	1.70	
歩行障害	なし	13/256	5.1	1			0.064
	あり	16/162	9.9	2.05	0.96	4.38	
痛み	なし	13/292	4.5	1			0.003
	あり	16/123	13	3.21	1.49	6.90	
精神的健康度	良好	4/170	2.4	1			0.003
	不良	24/223	10.8	5.01	1.70	14.71	
不眠症の既往	なし	18/302	6	1			0.017
	あり	7/42	16.7	3.16	1.23	8.09	
① 2 週間以上続く抑うつ 気分	なし	9/318	2.8	1			<0.001
	あり	20/99	20.2	8.69	3.81	19.83	
② 2 週間以上続く興味・ 楽しみの喪失	なし	11/328	3.4	1			<0.001
	あり	17/84	20.2	7.31	3.28	16.32	
うつ病エピソード疑い (① または②のいずれか)	なし	7/292	2.4	1			<0.001
	あり	21/118	17.8	8.81	3.64	21.38	

統計解析には 2 項ロジスティック回帰分析を用いた。

表 3. 過去 2 週間の反復する自殺念慮の関連要因（多変量解析）

モデル 1					
変数		OR	95%信頼区間		P
精神的健康度(WHO-5)	良好	1			
	不良	3.05	1.00	9.30	0.050
痛み	なし	1			
	あり	2.80	1.21	6.48	0.016
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	1			
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	2.44	1.05	5.66	0.038
困ったときに相談できる 人	いる	1			
	いない	2.75	1.16	6.54	0.022
モデル 2					
変数		OR	95%信頼区間		P
精神的健康度(WHO-5)	良好	1			
	不良	3.59	1.19	10.84	0.023
視覚障害	なし	1			
	あり	2.27	0.99	5.24	0.054
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	1			
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	2.52	1.09	5.81	0.031
困ったときに相談できる 人	いる	1			
	いない	2.32	0.99	5.81	0.054
モデル 3					
変数		OR	95%信頼区間		P
主観的健康感	良好	1			
	不良	3.14	1.34	7.30	0.008
生活の場	自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館	1			
	都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他	2.99	1.30	6.86	0.035
困ったときに相談できる 人	いる	1			
	いない	2.49	1.07	5.84	0.010

モデル 1: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=0.722, P=0.994, Cox-Snell R²=0.47, Percent correct classification: 93.3%

モデル 2: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=2.826, P=0.727, Cox-Snell R²=0.43, Percent correct classification: 93.3%

モデル 3: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=2.861, P=0.721, Cox-Snell R²=0.053, Percent correct classification: 93.0%

表 4. 説明変数の因子分析の結果

項目	因子			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
	住まいと収入	情緒的ソーシャルサポート	手段的ソーシャルサポート	身体的健康状態
生活の場（路上）	.782	.072	.032	-.018
居住地域（I地区）	.752	.134	-.008	-.006
公的な経済支援（年金，生活保護）を受けていない	.745	-.005	.163	-.098
月平均収入（5万円未満）	.442	-.020	.273	-.064
非高齢者（65歳未満）	.350	-.054	.306	.011
困った時に相談できる人（いない）	.123	.806	.037	.004
体の具合が悪い時に相談できる人（いない）	.094	.615	.224	.038
会うとホッとできる人（いない）	-.078	.518	.076	.004
お金のことで相談できる人（いない）	.014	.515	.023	-.030
病気になったときに身のまわりの世話をしてくれる人（いない）	.170	.233	.621	-.054
病気になったときに病院に連れて行ってくれる人（いない）	.063	.253	.605	-.051
主観的健康感（不良）	.025	.080	.055	.557
中くらい以上の痛み（あり）	.129	-.076	.014	.554
歩行機能（障害あり）	-.170	.146	-.286	.502
就労（現在，仕事をしていない）	-.196	.106	-.249	.352
性別（女性）	-.044	-.057	-.007	.174

因子抽出法：最尤法（バリマックス回転）。全分散の38.4%を説明。因子負荷量0.4以上の項目を参照して因子名を命名した。

表5. 精神的健康度低下の関連要因

	B	T	p	95% CI
路上生活と少ない収入	0.12	2.48	0.014	0.15-1.30
情緒的ソーシャルサポートの欠如	0.22	4.40	<0.001	0.74-1.95
手段的ソーシャルサポートの欠如	0.07	1.38	0.168	-0.20-1.15
不良な身体的健康状態	0.33	6.50	<0.001	1.56-2.93

4 因子の因子スコアを説明変数に強制投入した重回帰分析。