

**Table 2**

Sleep disturbance prevalence among suicide cases and controls, and estimated associations (odds ratios) with suicide: the nation-wide case-control psychological autopsy study in Japan, 2007–2009.

Sleep disturbances	Suicide cases (N = 49)		Controls (N = 145)		Crude		Multivariate <sup>c</sup>		Multivariate <sup>**</sup>	
	n (%)	n (%)	Odds ratio (95%CI)	p	Odds ratio (95%CI)	p	Odds ratio (95%CI)	p		
Experienced disturbance	37 (75.5)	16 (11.0)	21.6 (7.6–61.5)	<0.001	9.7 (3.2–29.5)	<0.001	12.7 (4.0–40.3)	<0.001		
Types										
Difficulty falling asleep	18 (36.7)	2 (1.4)	51.7 (6.9–390.1)	<0.001	16.3 (2.0–136.3)	0.010	31.6 (2.9–342.5)	0.005		
Interrupted sleep	15 (30.6)	3 (2.1)	14.7 (4.2–51.3)	<0.001	7.6 (1.7–34.8)	0.009	11.4 (2.3–57.0)	0.003		
Early-morning awakening	14 (28.6)	4 (2.8)	10.7 (3.5–33.0)	<0.001	3.5 (0.8–14.6)	0.093	6.0 (1.4–26.5)	0.017		
Lack of deep sleep	20 (40.8)	5 (3.4)	19.5 (5.7–66.5)	<0.001	9.9 (2.3–42.8)	0.002	14.0 (3.1–63.2)	0.001		
Day-night reversal	3 (6.1)	2 (1.4)	4.4 (0.7–27.6)	0.113	5.1 (0.5–51.6)	0.168	7.4 (0.6–82.4)	0.102		
Others	9 (18.4)	5 (3.4)	5.0 (1.5–16.7)	0.009	14.0 (1.2–160.9)	0.034	7.5 (1.3–44.2)	0.026		
Frequency (per week)										
None	12 (24.5)	129 (89.0)	1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF		
1–2 days	2 (4.1)	5 (3.4)	2.6 (0.4–16.5)	0.31	1.6 (0.2–13.4)	0.66	1.6 (0.2–13.7)	0.66		
3–6 days	4 (8.2)	2 (1.4)	20.9 (2.3–187.3)	0.007	7.7 (0.5–130.2)	0.16	6.0 (0.2–235.0)	0.34		
Everyday	25 (51.0)	7 (4.8)	47.1 (9.5–232.8)	<0.001	15.2 (2.9–79.0)	0.001	20.2 (3.8–105.9)	<0.001		
Unknown	6 (12.2)	2 (1.4)	–	–	–	–	–	–		
Continuity										
1 year or longer <sup>*</sup>	17 (34.7)	9 (6.2)	11.8 (3.9–35.6)	<0.001	3.0 (0.8–11.5)	0.114	4.0 (1.1–14.58)	0.041		

Conditional logistic regression analysis; CI: confidence interval; REF: a reference group.

<sup>\*</sup> Adjusted for depressive disorders.

<sup>\*\*</sup> Adjusted for any mental disorders.

– “Unknown” cases were not included in analyses.

<sup>\*</sup> Prior to suicide for suicide cases and prior to interview survey for controls.

**Table 3**

Usefulness of sleep disturbance assessment as the marker of suicide: prior and posterior probabilities of suicide in simulated cases of screening programs in three different target populations.

Target population	Prior probability of suicide before the screening (% per year)	Posterior probability of suicide when sleep disturbances are present (% per year)	Posterior probability of suicide when sleep disturbances are absent (% per year)
People at the greatest risk of suicide (e.g., severely depressed patients)	10	43.3	3.0
People at high risk of suicide (e.g., divorced, unemployed)	1	6.5	0.3
General population <sup>*</sup>	0.025	0.2	0.01

<sup>\*</sup> Based on an average annual suicide rate in Japan, 1998–2012.

risk and high risk of suicide, respectively, while it was only 0.2% for the general population.

**4. Discussion**

The analysis of data from the Japanese case-control psychological autopsy study confirmed that there is a significant association between sleep disturbances and suicide in the Japanese population. Suicide risk in people with sleep disturbances was estimated to be 21.6 times higher compared to those without sleep disturbances, and remained high even after adjustment for depressive or any mental disorders (9.7 times higher when adjusted for depressive disorders; 12.7 times higher for any mental disorders). The observed odds ratio of this study was higher than those reported in previous psychological autopsy studies showing that adolescent suicide completers had a sleep difficulty rate 7.0 times higher, when adjusted for affective disorders, compared to living controls [34], and that suicide risk was 2.4 times higher in depressed community residents with sleep disturbances than in depressed controls [21]. In the present study, the odds ratios for suicide associated with sleep disturbances adjusted for major depression or any mental disorder had large 95% CIs. Thus, caution is required in drawing any conclusions based on these odds ratios.

The PARP estimated in this study indicated that 56.4% of suicides could be explained by sleep disturbances and 35.3% by mental disorders. This is likely due to the fact that the relative risks of suicide among people with sleep disturbances and those with any mental disorder was very similar (21.6 versus 21.1), while the

prevalence of sleep disturbances in the general population (controls) was higher (11.0%) compared to those with mental disorders (4.8%). These findings suggest that treatment of sleep disturbances, which had almost the same relative risk as mental disorders and a higher PARP, is more beneficial to suicide prevention and necessitates more strategies that effectively target the prevention or treatment of sleep disturbances.

We examined the usefulness of sleep disturbance assessment as a marker of suicide in three simulated scenarios with different prior probabilities of suicide. An estimated posterior probability of suicide was 43.3% per year among screening positives who had sleep disturbances, when the screening was applied to people at 10% risk of suicide per year or equivalent, such as severely depressed patients. On the other hand, the estimated posterior probability was 6.5% per year when the screening of suicide based on sleep disturbances was applied to people at 1% risk of suicide per year, such as those recently divorced or those with long-term unemployment. Thus, assessing sleep disturbances as a suicide risk index would be effective in both clinical scenarios, and may help identify a target population for intensive continuous care, especially among people already at high risk. Moreover, sleep disturbance assessment can be used as a suicide marker for vulnerable individuals who are in medical/psychological/social services. However, given that the estimated posterior probability of suicide was only 0.2% per year in the general population, suicide risk assessment based on sleep disturbances may not be effective in general screening. Yet, this does not eliminate the possibility that screening of depressive disorders based on sleep disturbances

can be used effectively [44], since the prevalence of depressive disorders is much greater than suicide mortality.

## 5. Limitations

There were several limitations to the present study. First, the sample size was relatively small, and differences among subgroups such as gender and age could not be explored. Second, the non-randomized sampling of suicide cases was possibly biased. Cases were selected using relatives who sought help from prefectural Mental Health and Welfare Centers or participated in survivor support programs. Suicide completers who had lived alone were thus not included. In addition, the response rate for controls was relatively low (20%). Third, information bias could be a critical issue; informants of the suicide group may have exaggerated the degree or causal relation of sleep disturbances in deceased individuals, and interviewers may have been inclined to record information they associated with suicide. At the same time, only sleep disturbances clearly recalled by family members were included in the data analysis. More sleep disturbances might have occurred among the deceased individuals. It should be also noted that the quality of the assessment of some of these sleep problem items may be limited. For instance, a family member would be unaware of a respondent's lack of deep sleep if his/her self-report or a family member's observation of his/her behaviors during sleep was not available. Fourth, some cases had a period of a few years from incidence of suicide to administration of the survey; informants in these cases may have forgotten that sleep disturbances had occurred in deceased individuals over time. Moreover, we did not use a standardized tool to evaluate the sleep disturbances of suicide cases and controls, so the information obtained through informants may not have been accurate. Finally, given that prevalence rates of psychopathology and average sleep durations differ by country (i.e., shorter sleep time in Japan [38] and lower prevalence of mental disorders in Asian countries [39]), generalization of the study results requires caution.

Future studies need to explore associations between sleep disturbances and suicide among different sub-groups (e.g., sex, age), use a standardized measurement for sleep disturbances, and add other variables to identify additional sleep-related factors associated with suicide (e.g., wake time, nightmares). We would also recommend that future studies explore cultural differences in the association between sleep disturbances and suicide, and to examine the effectiveness of treatment for sleep disturbances to reduce suicide relevant risks (e.g., suicidal ideation).

In conclusion, sleep disturbances were significantly associated with suicide, even after adjustment for depressive or any mental disorders. Our findings indicate that identifying sleep disturbances would be more efficient in suicide prevention than focusing on mental illnesses, and screening for sleep disturbances has high usability potential in preventing suicide among high-risk individuals in Japan.

## Conflict of interest

The ICMJE Uniform Disclosure Form for Potential Conflicts of Interest associated with this article can be viewed by clicking on the following link: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.789>.

## Acknowledgements

We thank the bereaved families, controls, and their families for their participation in our study. We also thank the investigators from local government agencies and Central Research Services, Inc. for their assistance in collecting valuable data. Funding of this

study was provided by Scientific Research H19,H20,H21-KOKORO-Japan 007, a Grants-in-aid from the Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan.

## Appendix I

The following is the list of questions regarding sleep disturbances.

- Had she/he had any sleep disturbances during the last month? –Yes/No/Unknown.  
(If 'yes,' please proceed to the following questions.)
- What kind of sleep disturbances had she/he suffered from? (multiple answers allowed)
  - Difficulty falling asleep at night; taking many hours to fall asleep
  - Sleep interrupted very often during the night
  - Waking up too early in the morning
  - Unrestful sleep (lack of deep sleep)
  - Day-night reversal
  - Other
- On average, how many days per week had she/he had such sleep disturbances during the last month? – None/1–2 days/ 3–4 days/5–6 days/Every day/Unknown
- Had she/he been suffering from such sleep disturbances for more than a year prior to death?—Yes/No/Unknown

## Appendix II

We calculated posterior probabilities of suicide among screening positives with sleep disturbances by suicide risk (i.e., people at the greatest risk of suicide, people at high risk of suicide, and general population having 10% (0.1), 1% (0.01), and 0.025% (0.00025) risk per year) as follows:

$$\text{Prior odds} = \frac{\text{Prior probability}}{1 - \text{Prior probability}}$$

$$\text{Likelihood ratio(LR)} = \frac{\text{Sensitivity}}{1 - \text{Specificity}}$$

$$\text{Sensitivity} = \frac{\text{Proportion of sleep disturbances in the suicide case group}}{\text{the number of suicide cases with sleep disturbances}} \\ = \frac{\text{the number of suicide cases in total}}{\text{the number of suicide cases in total}}$$

$$1 - \text{Specificity} = \frac{\text{Proportion of sleep disturbances in the control group}}{\text{the number of controls with sleep disturbances}} \\ = \frac{\text{the number of controls in total}}{\text{the number of controls in total}}$$

## References

- [1] World Health Organization. Mental Health. Country reports and charts available [homepage on the Internet]. c2012 [updated in 2012; cited 2013 May 13]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html).
- [2] Cabinet office. White paper on suicide prevention. Tokyo: Insatsu-tsuhan; 2012.
- [3] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psych* 1997;170:205–28.
- [4] Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013;4(37) [Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/37>].
- [5] Fang F, Valdimarsdóttir U, Fürst CJ, Hultman C, Fall K, Sparén P, et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain* 2008;131:2729–33.
- [6] Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(29):4731–8.
- [7] Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(3):256–64.

- [8] Ishii N, Terao T, Araki Y, Kohno K, Mizokami Y, Arasaki M, et al. Risk factors for suicide in Japan: a model of predicting suicide in 2008 by risk factors of 2007. *J Affect Disord* 2013;147:352–4.
- [9] Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8(1) [Available from: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0051333>], e51333.
- [10] Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Res* 2011;190:265–70.
- [11] Yamauchi T, Fujita T, Tachimori H, Takeshima T, Inagaki M, Sudo A. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. *J Public Health* 2013;35(1):49–56.
- [12] Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:795–800.
- [13] Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;9(11) [Available from: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001349>], e1001349.
- [14] Pérez-Fuentesa G, Olfson M, Villegasa L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry* 2013;54:16–27.
- [15] Roy A, Janal M. Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:367–71.
- [16] Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry* 2012;73(9):e1160–7.
- [17] Bjørngaard JH, Bjerkeset O, Romundstad P. Sleeping problems and suicide in 75,000 Norwegian adults: a 20 year followup of the HUNT I study. *Sleep* 2011;34(9):1155–9.
- [18] Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, Birmaher B, Dahl RE, Axelson DA, et al. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):492–8.
- [19] Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(9):1189–94.
- [20] Hall RCW, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics* 1999;40(1):18–27.
- [21] McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, et al. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2007;97:203–9.
- [22] Nadorff MR, Nazem S, Fiske A. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in a college student sample. *Sleep* 2011;34(1):93–8.
- [23] Nadorff MR, Fiske A, Sperry JA, Petts R, Gregg JJ. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2013;68(2):145–52.
- [24] Cukrowicz KC, Otamendi A, Pinto JV, Bernert RA, Krakow B, Joiner Jr TE. The impact of insomnia and sleep disturbances on depression and suicidality. *Dreaming* 2006;16(1):1–10.
- [25] Liu X. Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep* 2004;27(7):1351–8.
- [26] Sjöström N, Waern M, Hetta J. Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep* 2007;30(1):91–5.
- [27] Sjöström N, Hetta J, Waern M. Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt: a prospective study. *Psychiatry Res* 2009;170(1–2):208–11.
- [28] Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamäki H, Vartiainen E, Lehtonen J, Puska P. Nightmares as predictors of suicide. *Sleep* 2001;24(7):844–7.
- [29] Wojnar M, Igen MA, Wojnar J, McCammon RJ, Valenstein M, Brower KJ. Sleep problems and suicidality in the National comorbidity survey replication. *J Psychiatr Res* 2009;43:526–31.
- [30] Fujino Y, Mizoue T, Tokui N, Yoshimura T. Prospective cohort study of stress, life satisfaction, self-rated health, insomnia, and suicide death in Japan. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(2):227–37.
- [31] Goodwin RD, Marusic A. Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep* 2008;31(8):1097–101.
- [32] Gunnell D, Chang SS, Tsai MK, Tsao CK, Wen CP. Sleep and suicide: an analysis of a cohort of 394,000 Taiwanese adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1457–65 [Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-013-0675-1/fulltext.html>].
- [33] Park JH, Yoo J-H, Kim SH. Associations between non-restorative sleep, short sleep duration and suicidality: findings from a representative sample of Korean adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013;67:28–34.
- [34] Goldstein T, Bridge JA, Brent DA. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(1):84 [Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823295/>].
- [35] Sugawara N, Yasui-Furukori N, Sakaki G, Tanaka O, Umeda T, Takahashi I, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation and depressive symptoms among middle-aged workers in Japan. *Ind Health* 2013;51(2):202–13 [Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/advpub/0/advpub\\_MS1354/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/advpub/0/advpub_MS1354/_pdf)].
- [36] Takada M, Suzuki A, Shima S, Inoue K, Kazukawa S, Hojoh M. Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Ind Health* 2009;47:649–55.
- [37] Yoshimasu K, Sugahara H, Akamine M, Kondo T, Fujisawa K, Tokunaga S, et al. Sleep disorders and suicidal ideation in Japanese patients visiting a psychosomatic clinic in a university hospital. *Sleep Biol Rhythms* 2006;4:137–43.
- [38] OECD. Society at a glance 2009: OECD Social Indicators [homepage on the Internet]. c2009 [updated 2009; cited 2013 May 13]. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8109011e.pdf?expires=1368515194&id=id&accname=guest&checksum=675D1934AC76461A1F385EEF91EB6667>.
- [39] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):1213–25.
- [40] Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, Inagaki A, Eguchi N, Tsuchiya M, et al. Mental disorders and suicide in Japan: a nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord* 2012;140:168–75.
- [41] Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728–36.
- [42] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- [43] Cole P, MacMahon B. Attributable risk percent in case-control studies. *Br J Prev Soc Med* 1971;25:242–4.
- [44] Ando S, Kawakami N. World Mental Health Japan Survey Group. Utility of self-reported sleep disturbances as a marker for major depressive disorder (MDD): findings from the World Mental Health Japan Survey 2002–2006. *Psychiatry Res* 2012;198:146–53.

## 特集Ⅱ | 自殺と精神医学

# 心理学的剖検研究による自殺の実態把握\*

## —自殺総合対策大綱に明記された研究手法からみえてきたこと—

小高真美\*\*  
松本俊彦\*\*  
竹島正\*\*

**Key Words :** suicide, psychological autopsy, risk factors, suicide prevention

### はじめに

1998年にわが国の自殺死亡者数が3万人を超え自殺問題が深刻化するなか、2006年6月に自殺対策基本法が成立し、2007年6月には政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が定められた。それから5年を経た2012年8月には、はじめて大綱の全体的見直しが行われ、「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」が閣議決定された。大綱には、2007年の制定時から「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」の継続的な実施が明記されている。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では、フィージビリティスタディ、パイロットスタディの段階を踏まえ、2007年度から、大綱に示されている心理学的剖検による全国的な調査を実施し、わが国の自殺の実態把握と介入ポイントの検討を実施してきた。心理学的剖検とは、故人

をよく知る家族や友人など、周囲の人々から情報を収集することで、その故人の生前の様子や状態を明らかにするための調査手法の総称である。本稿では、まず心理学的剖検研究の意義と海外の研究動向を概観し、次にこれまでに自殺予防総合対策センターが取り組んできた心理学的剖検調査から得られた知見を中心に述べる。最後に、今後の心理学的剖検の方向性について述べる。

### 心理学的剖検の意義

自殺が起こる要因や背景を把握するためには、いくつかの研究手法が考えられる。まず、コホート研究を行い、前方視的にデータ収集を試みる方法があげられよう。しかし、自殺のように死亡率が低い事象に対する危険因子を同定するためには、大規模サンプルと長期間の時間を要する。これには莫大な予算が発生するだけでなく、研究成果を得るまでの長い時間、まったく自殺対策を講じずにいることには問題がある。次に、自殺既遂者に代わり自殺未遂者を対象として、未遂の要因や自殺関連行動に至る経緯を分析する研究方法が考えうる。この手法は、自殺未遂者本人からデータを得ることが可能な一方で、自殺既遂者とは母集団の特徴が異なる(たとえば既遂者には男性が、未遂者には女性が多い。未

\* Psychological autopsy studies of suicide—Its uses and results in Japan—.

\*\* Manami KODAKA, Ph.D., Toshihiko MATSUMOTO, M.D., Ph.D. & Tadashi TAKESHIMA, M.D., Ph.D.: 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(〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1); Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, JAPAN

遂者には気分障害の割合が多く、統合失調症の割合は低いなど)という短所がある<sup>3)</sup>。さらに、厚生労働省の人口動態統計や警察庁の統計といったマクロ統計を用いた分析手法もある。これらは全数調査のため、対象の代表性は確固である。しかし、人口動態統計は、日本国籍を有する者の「自殺死亡」という事実は把握できるが、自殺の原因や背景について把握できない。一方、警察庁の統計では、自殺の原因や動機に関する情報は含むが、それらについては事前に設定されている項目から、警察官が判断し選択した範囲でしか把握できないという限界がある。

以上のような調査手法をかながみると、心理学的剖検は自殺の実態を解明するための最も「現実的な方法」であるといえる。当然ながら、心理学的剖検の手法にも、問題点は存在する<sup>2)</sup>。第1の限界は、対象の代表性である。自殺既遂者の遺族のうち、調査への協力に同意する人は限られている。また、家族のいない単身の自殺既遂者などは調査対象から除外されてしまう。第2の限界は、自殺既遂者に関する情報源が家族であるという点にある。家族が知りうる故人の情報には限界があるとともに、記憶想起のバイアスが混入する可能性もある。しかしながら、比較的短時間で個別事例の詳細な情報収集が可能な心理学的剖検は、他の手法にはない利点があることから、自殺の実態を把握する方法として、これまでに世界各国で第一に選択されてきた調査手法である。

### 海外における心理学的剖検研究

心理学的剖検の起源は、1958年にさかのぼる<sup>4)</sup>。その当時は、不審死の死因解明に用いられていた。たとえば薬物の過量服薬による死亡の場合、事故か自殺かを判別することが難しいことがある。そこで、検死官や監察医の依頼を受けた心理学者が、故人の遺族や友人から死亡前の言動を聞き取り、故人の意図を分析することで、検死官や監察医の判断に貢献してきた。シュナイドマンはこの手法が、自殺直前の故人の心理状況を把握するのに有用であることに気づいたのである。その後、多数例の自殺者を対象とするため、面接調査票を用いての構造化面接や半

構造化面接による心理学的剖検研究に発展していった。

大規模な数の自殺者を対象に心理学的剖検研究を最初に実施したのは、アメリカのRobinsonらである<sup>4)</sup>。彼らは、自殺既遂者134例について調査し、その結果、69%が生前に自殺念慮を訴えていたことや、98%が精神疾患に罹患していた可能性があることを明らかにした。さらに、海外で実施された有名な心理学的剖検研究として、フィンランドにおける国家自殺予防プロジェクト<sup>5)</sup>がある。そこでは、1987年3月から翌年4月までの1年間に起きた自殺既遂1,397例の全例を対象に、心理学的剖検の手法を用いた調査を実施した。その結果、自殺既遂者の93%に少なくとも1つは精神疾患の診断がつく状態が認められ、そのうち最も発症率が高かったのが、うつ病の66%、次いでアルコール乱用・依存が43%で、多くは疾患を重複していたことが明らかとなった。

1990年代からは、心理学的剖検による症例対照研究が主流となってきた。2007年4月までの心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究に関する論文24編を用いたメタ解析では、気分障害、物質関連障害、自殺未遂・自傷行為が自殺の重要な危険因子であることを確認しているほか、配偶者のない状況や失業などの社会的要因も、自殺の危険性を高めると報告している<sup>6)</sup>。また、中国で実施された大規模な心理学的剖検による症例対象研究では、単一の危険因子の有無以上に、複数の危険因子を抱えることが自殺の危険性を高めることを明らかにしている<sup>7)</sup>。これらの研究成果は、自殺の背景には複数の要因が複雑に絡み合い、その予防には保健医療だけでなく、多領域が連携して対策に取り組むことの重要性を示している。

### わが国における心理学的剖検研究

わが国におけるはじめての心理学的剖検研究の試みとして、1990年代前半に張<sup>8)</sup>により実施されたものがある。この研究でも海外の知見と同じように、自殺既遂者の9割近くが自殺時に精神疾患の診断がつく状態であったことが明らかにされている。同調査は、わが国における心理

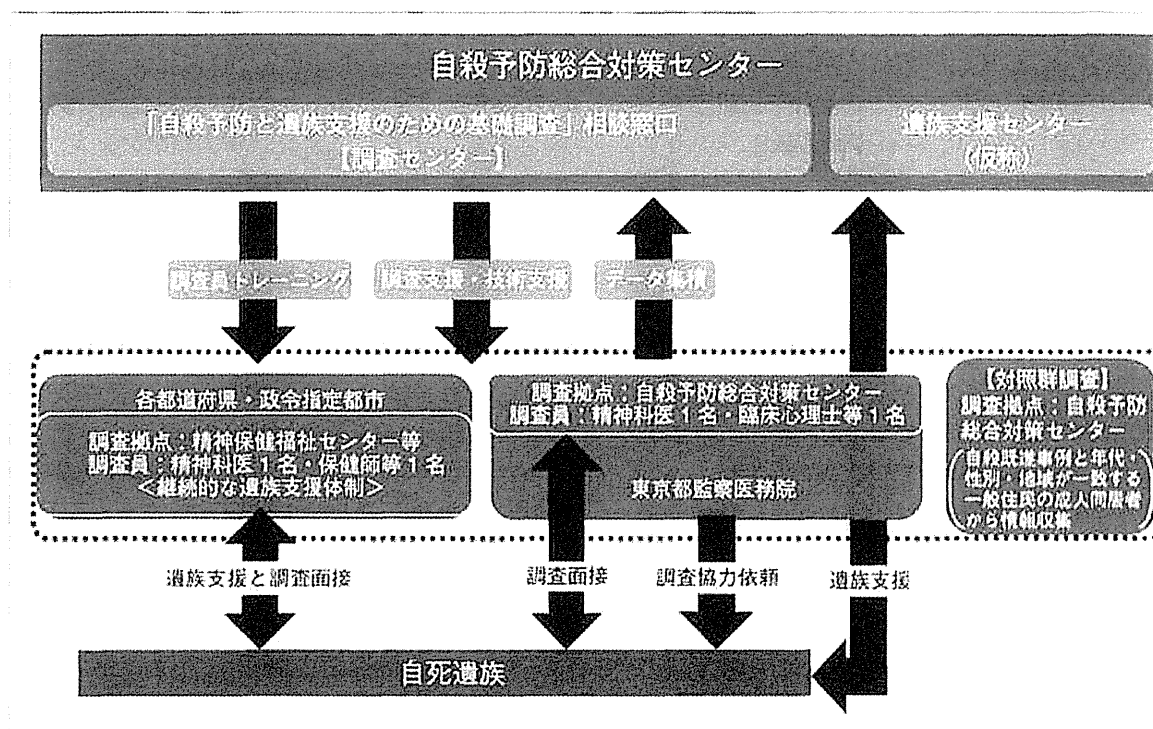


図1 自殺予防と遺族支援のための基礎調査

学的剖検の先駆けとして意義ある研究であるが、単一施設での調査であり、かつ救命センターに搬送された自殺既遂者という全自殺者のごく一部であることから、対象の代表性に課題が残された。

そこで自殺予防総合対策センターでは、2005年から心理学的剖検研究を実施する準備を進め、2007年から「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)として心理学的剖検研究の全国的な実施を展開してきた(図1)。次に、その準備過程、実施方法、これまでの成果について整理する。

#### 1. 全国規模の基礎調査実施に向けた準備

2005年度の厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業『自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究(主任研究者：北井暁子)』の研究班「心理学的剖検に関するフィージビリティスタディに関する研究」<sup>9)</sup>では、心理学的剖検に関する実施可能性について検討した。まず、それまでに海外で実施されてきた心理学的剖検による24の症例対照研究からその方法論を整理した。北京自殺研究・予防センターによる自殺の心理学的剖検全国調査(症例対照研究)の調査票を入手し

て、わが国の実状に合わせて改変した。調査票は、翌年度の研究でも、関連する専門家のヒアリング、調査員トレーニング時の調査員の意見、自死遺族支援グループ代表からの意見を加味して修正された。また同年度には、半構造化による調査面接のマニュアルおよび面接調査のトレーニング法も開発した。

2006年度の研究班、「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」<sup>10)</sup>においては、11地域28自殺事例を対象としたパイロットスタディを実施した。また、各自殺事例と年齢・性別・居住地域が一致する地域住民(生存事例)を対照群に選定し、25ペアの事例群・対照群の調査を完了させた。収集したデータについては、28自殺事例に対するライフチャートを用いた定性的分析や、事例群と対照群の危険因子の発生率等を比較する分析を実施した。

大綱を踏まえた、自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖検研究には2つの課題があった。1つは、いかにわが国の自殺の実態を反映する対象の代表性を担保するか、2つ目は、調査拠点になる各地域で、どのように自殺者の遺族の存在を認識して遺族にアクセスするかという点

表 1 自殺既遂事例の検討からみえてきたこと

	症例対照研究 オッズ比(95%信頼区間)	自殺既遂事例内での類型分析
医学的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>うつ病性障害 6.20(3.54~10.86)</li> <li>アルコール使用障害 3.13(1.52~6.46)</li> <li>睡眠問題 21.6(7.6~61.5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アルコール問題を呈した事例の特徴 中高年男性、有職者 アルコール問題に対する治療・援助なし</li> <li>精神科受診事例の特徴 50%が精神科治療中 自殺時に向精神薬を過量摂取 若年者、統合失調症患者</li> </ul>
社会・経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>返済困難な借金 38.43(4.96~297.97)</li> <li>仕事上の悩み 4.19(1.34~13.04)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>借金を抱えた事例の特徴(非借金事例との比較) 自営業、離婚経験、睡眠時のアルコール使用、援助希求の乏しさ</li> <li>有職者と無職者との比較 有職者：中高年男性、アルコール問題、借金 無職者：若年女性、未婚</li> </ul>
生活歴上の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>幼少期の被害待歴 5.34(1.59~17.93)</li> <li>学校でのいじめ被害 3.59(1.45~8.88)</li> <li>身近な人の自殺・自殺未遂歴 27.89(6.58~118.17)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>青少年事例の背景要因の分析 4~6割に不登校、いじめ被害 親との離別、精神障害の家族歴 過去の自殺関連行動経験 不登校経験後75%が学校復帰</li> </ul>

である。研究班では、いくつかの方策を検討した結果、対象となる自殺事例は、個別相談あるいは遺族の集いなどを通じて各地域の精神保健福祉センターに遺族がつながっており、その遺族と接触のあった自殺者を候補とした。そのうち、遺族が調査に耐えうる精神状態であり、かつ調査の協力に同意が得られた自殺事例を最終的な対象とした。また、対象の偏りを解決するため、自殺既遂事例と、年齢・性別・居住地域を一致させた一般住民生存者(対照群)を住民基本台帳から抽出して、事例群と同じ面接票を用いて、その近親者に対して半構造化面接による情報の聞き取りを実施し、事例群の情報と比較する症例対照研究を実施することとした。

さらに、調査員については、資格要件の中に守秘義務が規定されている職種であることを規定するとともに、調査員2名のうち1名は必ず研究班が実施する所定の調査員トレーニングを修了した者とした。また、各地域において遺族ケア体制が拡大し、将来的により多くの遺族が地域の支援を利用する状況になれば、心理学的剖検研究における対象の代表性も担保できるようになると考えられた。

## 2. 基礎調査の進捗と成果

全国的な基礎調査は、調査協力が得られた53か所の都道府県・政令指定都市で2007年12月から実施されてきた。2013年12月末時点で32か所の都道府県・政令指定都市から98例の自殺事例について情報収集が完了している。以下に、これまでの主な成果(症例対照研究も含む)を示す(表1)。

まずは自殺既遂事例の分析から得られた示唆についてまとめる。自殺既遂者の半数は、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった(受診群)<sup>1)</sup>。受診群は受診していなかった非受診群に比べ、有意に若く、統合失調症の診断がつく状態にあった者の割合が多かった。また、受診群の6割が自殺時に治療目的で処方されていた向精神薬を過量服薬した状態で致死的な自殺行動に及んでいた。さらに、受診群の女性既遂者は、過去に自傷・非致死的な自殺行動歴があった。これらから、精神科治療における治療薬の適正使用の促進や、統合失調症患者の自殺予防、若年女性を中心とした自傷・自殺関連行動への適切な治療の体制確立が重要であると考えられた。

自殺既遂以前に、自殺関連行動(SB)があった

者のうち、40歳以上は、初回行動から死亡まで平均生存時間が1.2年と、他の年代に比べて3年以上短いことがわかった<sup>12)</sup>。また、SB時に身体医学的処置を受けていない者の方が受けている者よりも生存時間が有意に短かった。さらに、SBがあった者のうち、アルコール関連障害が認められた4例は、SBの2年以内に自殺既遂していた。以上から、SBの将来的な自殺リスクを過小評価せず、40歳以上、SB時に身体医学的処置を受けていない人、アルコール関連障害のある人については、特に早急に専門的治療につなげられるよう、家族や専門家等に周知していく必要があるであろう。

自殺既遂事例のうち、2割強がアルコール関連問題を呈していた<sup>13)</sup>。死亡前1年間にアルコール関連問題があった事例(AL問題群)は全員が男性で、40~50代の有職者が大半で、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコール使用、事故傾性、死亡時の返済困難な借金、診断のつく精神疾患総数の多さなどの特徴が認められた。また、AL問題群の8割はアルコール依存・乱用の診断がつかう状態であった。一方で、精神科受診歴がある者であってもAL問題群には、アルコール問題に対する治療や援助を受けたことがある者は皆無で、アルコール問題に関する援助希求行動もなかった。これらの結果から、いわゆる「中高年働き盛り」の自殺予防には、うつ病の対策に加え、アルコール関連問題と自殺との関連の啓発や、アルコール関連問題の精神科医療の充実の必要性が示唆された。

自殺既遂時に就労していた有職者の自殺事例には、40~50代の既婚男性や、アルコール使用障害の診断がつかう者が多く、また返済困難な借金などの社会的問題を抱えているという特徴があった<sup>14)</sup>。一方、自殺既遂時に無職であった事例については、20~30代の未婚女性が多く、統合失調症や精神病性障害の診断がつかう者が多かった。このことから、有職者の自殺予防には、職場におけるメンタルヘルス支援の充実、アルコール問題への対策、債務処理などにかかわる司法と精神保健福祉分野との連携、無職者の自殺予防には、若い世代の自殺予防に関する啓発・支援、統合失調症と自殺に関する研究の蓄積の必

要性が示唆された。

また、既遂時に無職であった事例は、4類型(①自立困難型：若年層、早期発症の精神疾患などによる就労・自立が困難、②自立失敗型：若年層、一度社会に出たものの適応できずに撤退、③中高年中途退職型：働き盛りに人間関係の問題や身体疾患に、うつ病やアルコール関連問題が相まって、中途退職、④定年退職型：高齢者層、定年や病気で退職)に分類された<sup>15)</sup>。このような類型結果から、各ライフステージで生じる多様な心理社会的問題や精神疾患の影響、保護因子となりうる社会的関係性や役割が持てない状態、また問題に対する適切な治療や支援を受けていない状態が相まって、自殺のリスクを高めた可能性があると考えられた。ライフステージごとの危険因子の予防と保護因子の強化が重要であると考えられる。

返済困難な借金があった中高年男性事例群となかった中高年男性事例群では、両群で年取には有意な差はなかったものの、返済困難な借金があった群は、経済的な問題を抱えており、特に自営業による経済的困難が絡んでいることが多かった<sup>16)</sup>。また同群では、離婚経験者も多く、仕事上の問題に加え、私生活においても問題を抱えていることが伺え、その両要因が、社会的孤立につながっている可能性が示唆された。さらに、返済困難な借金があった群は、なかった群に比べて精神疾患の罹患率に有意な差はなかったものの、精神科受診行動を含む援助希求行動が乏しかった。よって、借金問題を抱える中年男性の自殺予防については、借金問題の解決をはじめとする経済的な支援に加え、産業保健的な支援体制が手薄な自営業者にも焦点を当てた精神保健的支援を提供する体制づくりや、援助希求行動の促進が必要であると示唆された。

30歳未満の青少年の自殺事例については、その8割は、精神疾患の診断がつかう状態にあった<sup>17)</sup>。また、7割以上が、不登校やいじめ被害などの学校関連問題を経験していた。学校問題と精神疾患は青少年の自殺に密接に絡み合っている可能性があり、学校現場における精神保健福祉的な支援が重要であることが示唆された。

次に、症例対照研究から明らかになった知見



について整理する。自殺リスクを高める危険因子として、①自殺のサイン：死について口に出す、過去1か月の身辺整理、不注意・無謀な行動、身だしなみを気にしなくなる、②過去の経験：SB歴、失踪歴、過去1年以内の事故経験、身近な人のSB歴、③経済的問題：公共料金を滞納するなど問題のある借金、④職業関連要因：配置転換や移動に関する悩み、⑤心理社会的要因：幼少期の虐待やいじめ被害、家族や地域との交流の少なさ、⑥身体的健康：ADLの低下を伴う身体的問題、入眠のためのアルコール使用、などさまざまであった<sup>18)</sup>。

精神保健に関する要因については、事例群では65.3%、対照群は4.8%が精神疾患の診断がつく状態にあり、自殺の危険性を高める要因であった<sup>19)</sup>。大うつ病性障害、アルコール依存・乱用、不安障害、パニック障害は、属性(婚姻状況や就労状況など)や重篤な身体疾患とは独立して自殺の相対リスクが有意に高かった。

また、睡眠問題と自殺には有意な関係性があることが明らかとなった<sup>20)</sup>。睡眠問題がある人はない人に比べ自殺のリスクが $21.6$ 倍も高いことが予測され、そのリスクは気分障害や精神障害とは独立して有意に高いことがわかった。睡眠問題と精神障害は自殺の相対リスクは同程度であったが、自殺に対する人口寄与危険割合は睡眠問題の方が高かった。このことから、自殺予防には、睡眠問題の予防や治療を効果的に実施するための戦略が重要であることが示唆された。

うつ病性障害の臨床診断に該当すると推測された事例のなかから、死亡前1年間に精神科受診が認められた中高年男性事例を事例群として、調査時に継続的に精神科の外來通院治療を受け、かつ過去1年間に自殺念慮・自殺企図歴がない中高年男性の生存うつ病患者を対照群に設定して両群を比較する研究も実施した<sup>21)</sup>。その結果、事例群に比べて対照群は、休職歴を持つ者の割合や精神科治療を受けるための自立支援医療(精神通院医療)制度を利用している者の割合が有意に高かった。この結果から、治療に専念するための休職や自立支援医療による医療費補助の利用を促進するような対策が重要であることが伺えた。つまり、精神疾患への罹患に対する本人

や周囲の者の受容、また治療に専念するための職場の理解による環境調整が、治療継続およびその結果としての自殺予防に寄与する可能性があることが示唆された。

さらに、これまでに収集した自殺既遂事例のうち、過去に自殺企図歴がない男性既遂事例の情報と、年齢・性別・居住地域を一致させた一般住民生存対照群の情報と比較し、過去に自殺企図歴のない成人男性の自殺の危険要因について検討した<sup>22)</sup>。その結果、過去1年の返済困難な借金経験、気分障害、物質関連障害(多くがアルコール関連障害)が自殺と有意に関係していた。このことから、過去に自殺企図歴のない男性の自殺既遂を防ぐためには、気分障害やアルコール関連障害をはじめとする精神障害への保健医療的支援と借金問題などに対する社会的支援の連携による包括的支援の重要性が示唆された。

## おわりに

本稿では、心理学的剖検研究の意義と海外における動向を概観するとともに、わが国で実施している唯一の全国的な心理学的剖検による調査の主な研究成果を示した。

わが国の自殺死亡数は、2012年に15年ぶりに年間3万人を下回り、減少傾向にあるものの、自殺死亡率は国際的には依然として高水準である。また、近年、中高齢者の自殺が減少してきた反面、若年層の自殺が増加傾向にある。このように、自殺の動向は時代とともに変化する可能性が高く、心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態把握を継続することはきわめて重要である。一方、精神保健福祉センターとの連携による調査の事例数の増加が鈍っている。その背景には、調査員トレーニング受講者の人事異動、全国区を対象とすることによる調査コスト、人的負担の大きさが課題としてある。そのため、これまでに精神科医療機関や大学医学部法医学教室および監察医務機関との連携による調査実施可能性の検討を行ってきた。その結果、心理学的剖検を含めた自殺の実態分析の継続的な実施体制として、自殺予防総合対策センターと東京都監察医務院が連携することが、必要かつ実現可能性が高いことが明らかになった。今後は、

従来の精神保健福祉センターとの連携による調査に加えて、東京都監察医務院との連携による新たな調査体制を構築することにより、心理学的剖検の調査事例数の増加に取り組むこととしている。

2013年度に実施した調査員トレーニングの講師であった精神保健福祉センター長から、「心理学的剖検の調査に参加することで、自治体の自殺対策に奥行きを与えることができる」との考えが示され、そのことには大きな意義がある。自殺予防総合対策センターと精神保健福祉センターの連携による調査は、それぞれが得られるものを大切にしつつ、「協働」という考え方のもとに進めていくことができないであろうか。自殺予防総合対策センターは心理学的剖検調査を学術的に検討することでわが国の自殺対策の発展に貢献し、精神保健福祉センターは調査を通して、各自治体の自殺対策に奥行きを与え、国や各自治体の自殺対策の一層の発展に貢献していくものと考えている。

#### 文 献

- 1) Suresh Kumar PN. An analysis of suicide attempters versus completers in Kerala. *Indian J Psychiatry* 2004 ; 46 : 144.
- 2) Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav* 2006 ; 36 : 491.
- 3) エドウィン・S・シュナイドマン. 高橋祥友・訳. シュナイドマンの自殺学—自己破壊行動に対する臨床的アプローチ. 東京: 金剛出版; 2005.
- 4) Robinson E, Gassner S, Kayes J, et al. The communication of suicidal intent : A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959 ; 115 : 724.
- 5) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995 ; 49 Suppl 1 : S111.
- 6) Kouichi Y, Chikako K, Kazuhisa M, et al. Suicidal risk factors and completed suicide : meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008 ; 13 : 243.
- 7) Phillips MR, Yang G, Zhang Y, et al. Risk factors for suicide in China : a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002 ; 360 : 1728.
- 8) 張 賢徳. 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの. 東京: 勉誠出版; 2006.
- 9) 北井暁子. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究—心理学的剖検に関するフィージビリティスタディに関する研究 平成17年度総括・分担研究報告書II. 東京: 国立精神・神経センター; 2006. pp. 1-20.
- 10) 北井暁子. 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 東京: 国立精神・神経センター; 2007. pp. 1-6.
- 11) Hirokawa S, Matsumoto T, Katsumata Y, et al. Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death : A psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012 ; 66 : 292.
- 12) 亀山晶子, 勝又陽太郎, 松本俊彦, ほか. 生前に自殺関連行動のあった事例の生存時間に影響する心理社会的要因. *精神医学* 2013 ; 55 : 1155.
- 13) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか. アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴 : 心理学的剖検を用いた検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2010 ; 45 : 104.
- 14) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか. 死亡時の職業の有無で見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* 2011 ; 20 : 82.
- 15) 亀山晶子, 勝又陽太郎, 松本俊彦, ほか. 死亡時に無職であった自殺既遂者の類型分類. *精神医学* 2012 ; 54 : 791.
- 16) Kameyama A, Matsumoto T, Katsumata Y, et al. Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt : A psychological autopsy study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011 ; 65 : 592.
- 17) Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, et al. School problems and suicide in Japanese young people. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010 ; 64 : 214.
- 18) 川上憲人, 江口のぞみ, 土屋政雄, ほか. 心理学的剖検の症例対照研究. 主任研究者 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, 東京: 国立精神・神経センター; 2010. pp. 145-82.
- 19) Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, et al. Mental disorders and suicide in Japan : A nationwide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord* 2012 ; 140 : 168.
- 20) Kodaka M, Matsumoto T, Katsumata Y, et al. Suicide risk among individuals with sleep disturbances in Japan : A case-control psychological autopsy study. *Sleep Med* 2014 ; 15 : 430.
- 21) 勝又陽太郎, 赤澤正人, 松本俊彦, ほか. 中高年男性うつ病患者における自殺のリスク要因: 心理学的剖検を用いた症例対照研究による予備的検討. *精神医学* 2014 ; 56 : 199.
- 22) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか. 過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺のリスク要因の検討. *精神科治療学* 2014 ; 29 : 519.

\* \* \*

# 心理学的剖検研究と今後の方向

松本俊彦, 小高真美, 山内貴史, 川野健治, 藤森麻衣子, 勝又陽太郎  
赤澤正人, 廣川聖子, 亀山晶子, 白川教人, 竹島正

**Psychological autopsy study and the future directions**

Toshihiko Matsumoto, Manami Kodaka, Takashi Yamauchi, Kenji Kawano,  
Maiko Fujimori, Yotaro Katsumata, Masato Akazawa, Seiko Hirokawa,  
Akiko Kameyama, Norito Shirakawa, Tadashi Takeshima

# 心理学的剖検研究と今後の方向

Psychological autopsy study and the future directions

松本俊彦<sup>1)</sup>、小高真美<sup>1)</sup>、山内貴史<sup>1)</sup>、川野健治<sup>1)</sup>、藤森麻衣子<sup>1)</sup>、勝又陽太郎<sup>2)</sup>

赤澤正人<sup>3)</sup>、廣川聖子<sup>4)</sup>、亀山晶子<sup>5)</sup>、白川教人<sup>6)</sup>、竹島 正<sup>1)</sup>

Toshihiko Matsumoto, Manami Kodaka, Takashi Yamauchi, Kenji Kawano, Maiko Fujimori, Yotaro Katsumata

Masato Akazawa, Seiko Hirokawa, Akiko Kameyama, Norito Shirakawa, Tadashi Takeshima

## I. はじめに

心理学的剖検 psychological autopsy という研究手法が広く知られることとなった契機は、2007年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）によってであろう。そこには、「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の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」と明記されている。同様の文言は、2012年8月に改正された同大綱にもある。実は、自殺の実態調査における一研究手法の名前にすぎないこの言葉がこうして行政文書のなかに明記されるというのは、きわめて異例なことである。

本稿では、心理学的剖検研究の歴史、ならびに、自殺の実態を解明するうえでの意義と課題を論じ、そのうえで、海外における心理学的剖検研究の動向、さらには、自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖

検研究の進捗状況と今後の展望について概説したい。

## II. 心理学的剖検とは？

### 1. 心理学的剖検の起源

心理学的剖検という概念は、1958年、ロサンゼルス自殺予防センターの共同創設者である Shneidman と Farberow が考え出したものである<sup>23)</sup>。当初は、不審死の死因を明らかにするために行われた。たとえば、薬物の過量服薬による死亡した場合、事故死なのか自殺なのかには判じがたい場合がある。そこで、検死官や監察医の依頼を受けた心理学者が、自殺者の遺族や職場の同僚、友人などから自殺前の言動を詳細に聴取し、故人の「意図」を検証することで、検死官や監察医による判断に貢献するのである。その意味では、「剖検」といういささか陰惨な印象の名前は、その起源における目的を反映したものであったわけである。

Shneidman<sup>23)</sup> は、この手法が自殺に至るプロセスと自殺直前の心理状態を理解するのに有用であることに気づいた。彼は、遺族や同僚、友人、主治医との対話をもとに自殺者の人生を多角的に検討するなかで、持続する「精神痛」と「心理的視野狭窄」によって、人が自殺に追い詰められていくプロセスを明らかにした。その具体的な方法は、彼の著作「Autopsy of A Suicidal Mind」<sup>24)</sup> で知ることができる。

### 2. 自殺の実態解明研究への応用

心理学的剖検は、さらに自殺の実態を解明するための研究手法として用いられるようになった。大規模な数の自殺者を対象として自殺の実態を明らかにするには、Shneidman のような卓越した臨床家個人の尽力では限界がある。といて、面接調査を行

- 
- 1) 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  
Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 2) 新潟県立大学人間生活学部  
Faculty of human life, University of Niigata Prefecture
- 3) 兵庫県こころのケアセンター  
Hyogo Institute for Traumatic Stress
- 4) 埼玉県立大学保健医療福祉学部  
Faculty of Health, Medicine, and Welfare, University of Saitama Prefecture
- 5) 日本大学文理学部人文科学研究所  
Institute of Humanities and Social Sciences, College of Humanities and Sciences, Nihon University
- 6) 横浜市こころの健康相談センター  
Yokohama-city Mental Health and Welfare Center

う者の技量によって得られる情報に差が出てしまうのもまた問題である。そこで、面接調査票を用いて、あらかじめ決められた質問を順次行っていくという構造化面接や半構造化面接が採用されるようになったわけである。

そのようにして多数例に対する心理学的剖検研究を最初に行ったのは、米国のRobinsら<sup>21</sup>である。彼らは、早くも1959年には構造化面接を用いて134例の自殺者を調査し、その90%が精神障害に罹患していたこと、60%近くが生前に自殺念慮を訴えていたことを明らかにした。これ以後、世界各国で心理学的剖検による研究が行われるようになったのである。

### Ⅲ. なぜ心理学的剖検研究が必要なのか— 他の研究手法との比較

#### 1. コホート研究の問題点

自殺既遂者の実態を解明するには、いくつかの方法がある。そのなかでも最もエビデンスレベルの高い研究手法はといえば、いうまでもなくコホート研究である。しかし、コホート研究の手法で自殺のような発生率の低い事象に関する危険因子を明らかにするには、かなり大規模な地域住民サンプルを長期間追跡していく必要がある。

このような調査を実現するには気が遠くなるほどの時間と相当なマンパワー、さらには莫大な予算が必要となる。もちろん、自殺対策に限らず、わが国の精神保健サービスをより科学的かつ効率的なものとするうえで、このような大規模コホート研究が望まれることは論を俟たないが、研究成果が出るまでの数年から十数年のあいだ、何らかの対策も講じないというのは現実的ではない。

#### 2. 自殺未遂者研究の問題点

もう少し現実的な研究手法としては、自殺既遂者に近似するサンプルとして自殺未遂者を対象として、その背景要因や自殺に至るプロセスを分析するというものがある。この手法の長所は、対象にアクセスしやすく（救命救急センター）、対象者本人からの情報収集ができるという点である。

しかし、やはりこの手法にも問題がある。既遂者と未遂者とは自らの身体を傷つけるのに用いた手段・方法に明らかな相違がある。また、致死性の高

い手段を用いながらも一命を取り留めたというような、相当に重症の自殺未遂者を対象として分析を行っても、既遂者とは性構成や背景にある精神障害の診断に相違が認められることが指摘されている。すなわち、未遂者は既遂者に比べて女性の割合が高く、若年であり、背景にある精神障害診断において気分障害の割合が高く、統合失調症の割合が低いのである<sup>25</sup>。また、自殺者の遺書を対象とした研究においても、既遂者の遺書は未遂者のものに比べて自責感情が強く表出されているという指摘もある<sup>3</sup>。このような相違を考慮すると、未遂者から得られた知見をそのまま既遂者に適用することには慎重とならざるを得ない。

#### 3. マクロ統計の問題点

さらに現実的で比較的容易な方法がある。それは、警察庁の「自殺の概要資料」や厚生労働省の人口動態統計を用いた分析手法である。この手法は、全数統計であるがゆえに対象の代表性という点で、他の手法の追随を許さない。

しかし、これらのマクロ統計が把握できる自殺既遂者の背景にある問題は限られている。たとえば、人口動態統計では、自殺死亡という「事実」を正確に把握することができるものの、自殺の「原因及び背景」について知ることはできない。その点では、警察庁の「自殺の概要資料」、職業や自殺の原因・動機に関する情報が含まれているという理由から、人口動態統計よりも優れている。しかし、その原因・動機とは、死因究明の結果、自殺と判断された場合に、事前に設定された「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」などの項目群から、警察官が判断し、選択したものという限界がある。

#### 4. 心理学的剖検の限界

以上のことを踏まえると、心理学的剖検という手法が自殺の実態解明に一定の役割を足す意義が理解できるであろう。

もちろん、すでにPouliotとDe Leo<sup>20</sup>が指摘しているように問題点は少なくない。すなわち、自殺既遂者遺族のうちこの調査への協力に同意する者は一部に限られており、対象の代表性に問題がある。また、家族のいない単身生活者の自殺に関しては、そもそもこの手法による解析の対象とはならないし、

既述者自身からの供述が得られない以上、既述者自身が家族にも告げていない情報について収集しようがない。さらに、遺族による想起に様々なバイアスが混入する余地もある。

こうした限界にもかかわらず、現状では、得られる情報の詳細さと実現可能性という点で、既存の他の研究手法にはない利点があり、世界各国で自殺の実態を解明する調査手法として広く実施されている。

### Ⅲ. 海外における心理学的剖検研究の動向

心理学的剖検による自殺者の研究は、海外の多くの国において自殺の実態把握の目的から実施され、国家的対策を実行するうえで大きな寄与をしてきた<sup>22</sup>。これらの研究は、その研究デザインから第1世代の研究と第2世代の研究に分類することができる。

#### 1. 第1世代の心理学的剖検研究

第1世代の研究は、対照群をおかずに、自殺事例に関する遺族からの聞き取り調査を基にした記述的な研究を中心としたものであり、1950年代末のRobinsら<sup>21</sup>の研究から始まるが、なかでも有名なのはフィンランドにおける国家をあげての心理学的剖検である。

フィンランドでは、国立公衆衛生院を中心に、1,000人の共同研究者を擁する調査プロジェクトが発足され、1987～1988年の2年間に国内の全自殺者の96%にあたる1,397人の遺族、さらには自殺直前に自殺者と会った医療関係者に対する面接調査が行われた。その結果、自殺者の93%が最後の行動におよぶ前に何らかの精神障害に該当する状態にあり、なかでも、そのうちの8割がうつ病、アルコール依存症、もしくはその両者の合併であることが明らかにされた<sup>15</sup>。また、そのような精神障害に罹患した状態にあった者の大半が適切な精神科治療を受けていなかったことも明らかになった。これらの知見は、2002年までに自殺率を30%減少させることに成功したフィンランドの国家戦略の基礎となったばかりでなく、全ての自殺者遺族が協力するという驚異的状况のなかで、国民の問題意識が高まるという副次的効果も大きかったと指摘されている<sup>18</sup>。

#### 2. 第2世代の心理学的剖検研究

1990年代以降になると、心理学的剖検は第2世

代といわれる、心理学的剖検による症例・対照研究が主流となった。年齢・性別を一致させた事故死事例や生存事例を対照群として自殺事例を検討する方法には、自殺の危険因子を疫学的に同定できるというメリットがある。

Arsenault-Lapierreら<sup>2</sup>、Scottら<sup>22</sup>、Yoshimatsuら<sup>26</sup>によれば、海外にはすでに24もの心理学的剖検による症例・対照研究が存在しており、ほとんどの研究が、自殺者の80～90%が行為前にはうつ病やアルコール・薬物依存症などの精神障害に罹患していたことを明らかにしているという。また同じ精神障害罹患者の比較では、対照群に比して精神障害の重症度に差はないにもかかわらず、自殺事例では精神科治療を受けていないことが多く、精神科治療が自殺予防につながる可能性が示唆されている<sup>1</sup>。さらに、過去における自傷行為歴<sup>2,4</sup>、家族内葛藤<sup>2,4</sup>、経済的困難<sup>2,4</sup>、犯罪歴<sup>4</sup>、身体疾患への罹患<sup>2,4</sup>、近親者における自殺者の存在<sup>4</sup>、過去1年以内における非飲酒時の暴力行動<sup>4</sup>、社会的孤立<sup>2,4</sup>、自殺2日前以内の対人葛藤<sup>19</sup>などが、自殺の危険因子として報告されている。

このように第2世代の研究では、実に多くの危険因子が同定されているが、重要なことは、多くの研究が自殺には複数要因が関与していることを明らかにしている点である。その最たるものは、「自殺事例の特徴は、個々の危険因子の有無以上に危険因子総数の多さにある」ことを明らかにした、Phillipsら<sup>19</sup>による大規模な症例・対照研究であろう。これらの知見は、自殺予防のためには、多方面に及ぶ危険因子に対して様々な角度——保健医療、福祉、教育、経済など——からの介入が必要であることを示唆している。

### Ⅳ. わが国における心理学的剖検の現状

わが国における心理学的剖検研究はまだ黎明期にある。かつてわが国で試みされた心理学的剖検研究としては、1990年代前半に張<sup>5</sup>により実施されたものがあり、海外の先行研究と同様、自殺者の90%近くが行為前には精神障害に罹患していたことが明らかにされている。

このしかし、この調査の対象は、1救急医療機関に搬送された全自殺死亡者94例中の25事例に限定されたものであった。単一施設での調査であるとい

う限界もさることながら、救命救急センターで死亡が確認される自殺既遂者は、全自殺既遂者の一部にとどまることを考慮すれば、対象の代表性に大きな課題を抱えた調査であった。

そこで、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所では、2005年より、将来における全国的な心理学的剖検の実施を目指して慎重な準備を進め、2007年より本格的な全国実施を行っている。以下に準備のプロセス、ならび、現在までの進捗状況と得られた成果の概要を述べる。

### 1. 全国実施に向けた準備

我々は、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（主任研究者 北井暁子）」において方法論の整備を進めてきた。平成17年度、研究班は、「心理学的剖検に関するフィージビリティに関する研究」と題して、わが国における心理学的剖検——自殺者遺族に対する半構造化面接による調査——のフィージビリティ（実現可能性）を検討した<sup>13</sup>。具体的には、海外で実施された心理学的剖検を用いた先行研究を整理したうえで、北京自殺研究・予防センターで実施された心理学的剖検調査票をもとにして面接調査票を開発した。そして、2地域5事例の自殺者遺族に半構造化面接を実施し、心理学的剖検の実現可能性を確認した。

続く平成18年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」<sup>14</sup>では、前年度よりも調査実施地域と対象とする自殺者事例を広げ、11地域28事例の自殺者遺族に対して調査を実施するとともに、年齢・性別・地域を一致させた生存者対照群を設定した数量的分析、さらには事例分析も行った。

ここでは、事例分析の結果のみ触れておく<sup>7,8</sup>。事例について自殺に至るまでの継時的プロセスを整理したライフチャートを作成し、ストレスに曝露された自殺事例が、どのような対処行動やサポート希求行動をとったのかを検討したのである。その結果から見てきたのは、やはり自殺の要因は単純ではないという事実であった<sup>7</sup>。たとえば、一見「借金問題」による自殺事例でも、実は数年以上前からギャンブルやアルコールなどの嗜癖問題を抱えており、ギャンブルが借金を増大させ、アルコールの酩酊が最終的な衝動的に自殺を促すというプロセスが認められることがあった。こうした事例では、借金に対する経済的支援に加えて、ギャンブルやアルコール

などの問題に対する精神保健的介入がなければ、自殺は回避し得ない可能性が示唆された<sup>8</sup>。

### 2. 本格的な全国実施に向けての課題

本格的な心理学的剖検研究の全国実施は、2007年12月より国立精神・神経医療研究センターに設置された自殺予防総合対策センター自殺実態分析室を中心として、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」として開始された。しかし、実施に際しては二つの重要な問題があった。

一つは、対象の代表性に関する問題であった。わが国の自殺の実態を解明するという趣旨からすれば、フィンランドで実施したような自殺者全数に対する調査、もしくは何らかの方で自殺者全体からランダムに対象を抽出するような科学的調査が求められるところである。しかし残念ながら、わが国の自殺に対する意識はまだそこまで成熟していない。実際、我々も人口動態統計死亡票を用いた対象抽出を検討した時期もあったが、倫理的問題からそのような疫学的手法は断念せざるを得なかった。

最終的に、我々が出した結論は、その遺族が相談や遺族の集いを通じて公的機関につながっている自殺者のうち、遺族ケアなどの提供を通じて調査に耐えられる心理状態にあると判断された遺族にのみ調査協力を依頼するというものである。現時点においては、疫学調査としての科学性よりも遺族ケアの視点を優先するというスタンスをとることにしたわけである。なお、対象の偏りに対する解決策としては、我々が収集しえた自殺既遂事例と、性別、年代、居住地域を一致させた生存事例を対照群として設定し（生存事例の家族から同じ面接票で情報収集する）、症例対照研究のデザインによって自殺の危険因子を明らかにする方法をとった（図1）。

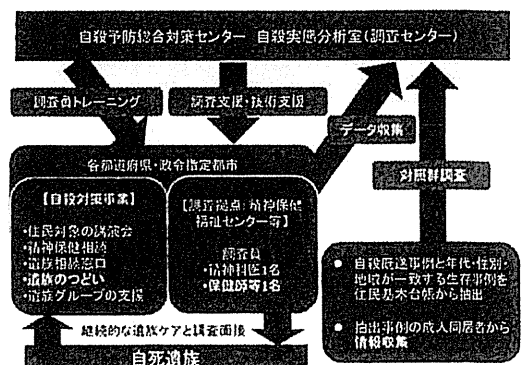


図1 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」



もう1つの問題は、守秘義務を含めた調査員の資格や技術、さらには各地域の公的機関における遺族ケアの体制に関するものである。この問題を解決するために、我々は調査員候補者の資格を厳密に定めるとともに、研究班が主催する調査員研修会への参加を条件としている。また我々は、各地の公的機関における遺族ケア体制の拡充を支援するために、自殺予防総合対策センター自殺実態分析室に「調査支援センター」を開設し、必要に応じて、各公的機関の遺族ケアに関する技術的援助を提供していくこととした。我々は、こうした活動こそが、大綱における「地方公共団体、民間団体等が実施する自殺の実態解明のための調査を支援する」という活動の一部に当たると考えている。これによって各地の公的機関において遺族ケア体制が広がっていけば、将来的には調査に協力する遺族は増え、結果として実態解明に資する対象の代表性を確保できる可能性もあるとも考えた。

3. 調査の進捗状況

全国的な心理学的剖検調査は2007年12月より開始し、本稿執筆時点(2013年9月30日現在)で99例の自殺既遂事例に関する情報収集を終了している。得られた情報については、これまで自殺既遂事例内における検討、ならびに症例対照研究の手法による検討を行っている。検討結果の概要については、次節に示す。

V. 我々の心理学剖検研究から現在までに明らかにされたこと

我々の心理学的剖検研究からは、すでに自殺予防に資すると思われる知見を学術論文のかたちで刊行しており、自殺予防の介入のポイントとして記者発

表1 自殺既遂事例の検討から見えてきたこと

	症例対照研究 オッズ比(95%信頼区間)	自殺既遂事例内での類型分析
精神医学的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>●うつ病性障害 6.20(3.54-10.86)</li> <li>●アルコール使用障害 3.13(1.52-6.46)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●アルコール問題を呈した事例の特徴  <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 中高年男性、有職者</li> <li>➢ アルコール問題に対する治療・援助なし</li> </ul> </li> <li>●精神科受診事例の特徴  <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 50%が精神科治療中</li> <li>➢ 自殺時に向精神薬を過量摂取</li> <li>➢ 若年者、統合失調症罹患者</li> </ul> </li> </ul>
社会・経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>●高借付額な借金 36.43(4.96-292.97)</li> <li>●仕事上の悩み 4.19(1.34-13.04)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●借金を抱えた事例の特徴(非借金事例との比較)  <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 自営業、離婚経験、離婚時のアルコール使用、援助請求の乏しさ</li> </ul> </li> <li>●有職者と無職者との比較  <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 有職者 中高年男性、アルコール問題、借金</li> <li>➢ 無職者 若年女性、未婚</li> </ul> </li> </ul>
生活上の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>●幼少期の被虐待歴 5.34(1.59-17.93)</li> <li>●学校でのいじめ被害 3.59(1.45-8.88)</li> <li>●身近な人の自殺・自殺未遂歴 27.89(6.58-118.17)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●青少年事例の背景要因の分析  <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 4-6割に不登校、いじめ被害</li> <li>➢ 親との離別、精神障害者の家族歴</li> <li>➢ 過去の自殺関連行動経験</li> <li>➢ 不登校経験後75%が学校出席</li> </ul> </li> </ul>

表などで公表している(表1)。現在投稿中の論文もいくつか存在し、調査ならびに解析は現在も進行中である。以下には、そのなかで主要な研究成果の概要を示したい。

1. 自殺既遂事例検討から明らかにされた知見

1) 精神科治療と自殺

最初に我々が行った分析は、自殺既遂事例のうち精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について明らかにすることであった。我々が収集した自殺既遂者の半数が、死亡前1年以内に精神科治療を受けていた(精神科受診群)。精神科受診群は女性と若年者が多く、過去に自傷・自殺企図歴を持つ者が多かった。また、自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取した状態で致死の行動におよんだ者が多く、酩酊による衝動性亢進が自殺行動を促進した可能性が示唆された<sup>1)</sup>。

これらの結果から、今後の自殺対策では、精神科治療を行うにあたっては、治療薬の適正な使用を担保できるようなシステムや治療の確立が求められると考えられた。

2) アルコール問題と自殺

次に我々は、死亡1年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例の検討を行った。その結果、自殺既遂事例の21.1%にアルコール関連問題が認められ、そのような自殺既遂者の大半が40-50代の男性かつ有職者という特徴を持つことが確認された。その一群には、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、事故傾性、死亡時点の返済困難な借金、高い離婚歴という特徴が認められ、81%の者でアルコール依存・乱用の診断が可能であった<sup>1)</sup>。また、多くの者が精神科治療中であったが、その大半はうつ病に対する治療を受けるのみ、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた者は皆無であった。

このことから、働き盛りの男性に対する自殺対策という観点からいえば、うつ病対策とともに、アルコール問題への対策が不可欠である可能性が示唆された。

3) 返済困難な借金と自殺

我々は、自殺既遂事例のなかで返済困難な負債を抱えた中高年男性を抽出し、その特徴についても検討を行っている。その結果、返済困難な借金を抱えた中高年男性では、借金問題のない中高年男性の自殺既遂事例と比べて、自営業者、離婚経験者、不眠

への対処としてアルコールを用いている者が多かった。また、借金問題を抱えてない自殺既遂事例と比べて死亡前1年間の年収や精神障害に罹患率に差はなかったものの、借金問題を抱える者では、死亡前1年間の援助希求行動、ならびに精神科受診をしていた者が有意に少なかった<sup>6</sup>。これらの結果から、借金問題を抱える者の自殺予防では、単に借金問題の解決だけでなく、並行して精神保健的支援が必要である可能性が示唆された。

#### 4) 青少年の自殺既遂事例に見られる背景要因

我々は自殺既遂事例のうち、30歳未満の事例を抽出し、青少年の自殺の特徴と背景要因についての検討を行った。その結果、成人の9割には若干およばないものの、青少年の自殺既遂事例の8割に何らかの精神障害への罹患が認められ、若年世代においても精神障害への罹患が自殺の重要な危険因子となり得ることが示唆された。また、過去の自殺関連行動の経験、親との離別、精神障害の家族歴、不登校経験、いじめ被害経験に該当する者が4~6割も認められ、特に女性事例においてこうした危険因子の累積が顕著であった<sup>9</sup>。さらに、不登校経験者の75.0%は学校に復帰しており、目先の学校復帰もさることながら、学校教育現場における長期的な視点に立った精神保健的支援の必要性が示唆された。

## 2. 症例対照研究から明らかにされた知見

### 1) 全体的な自殺の危険因子

ランダムに抽出した、性別、年代、居住地域の市町村を一致させた生存事例を対照群とした統計学的検討では、様々な自殺の危険因子が明らかにされている<sup>10</sup>。

自殺のサインに関する項目では、「自殺について口にすること」「過去1ヶ月の身辺整理」「不注意や無謀な行動」「身だしなみを気にしなくなる」などの自殺の危険因子として同定された。また、過去の経験に関しては、「過去の自傷・自殺未遂の経験」「失踪や自殺以外の過去1年間における事故の経験」「親族や友人・知人の自殺および自殺未遂」も、自殺と強い関係がある要因であった。さらに、職業に関連する要因では、「配置転換」や「異動に関する悩み」も自殺の相対リスク因子であった。

一方、心理社会的要因では、「子ども時代の虐待やいじめのエピソード」「家族や地域との交流の少なさ」が自殺リスクと有意に関連していた。身体的

健康に関する要因では、「ADLの低下を伴う身体的問題」「睡眠障害の存在」も自殺の相対リスクが高い要因であった。また、「飲酒習慣の存在」特に「眠るために飲酒していること」も相対リスクが高かった。精神保健に関する要因では、「大うつ病性障害」のほか、「アルコール乱用・依存」「精神病性障害」「不安障害」が自殺と有意に関連しており、これらは、社会経済的要因を考慮しても、高いオッズ比で自殺と関連していた<sup>12</sup>。

### 2) 精神科治療中の男性うつ病患者における自殺の危険因子

我々は、自殺直前まで「うつ病」という診断で精神科治療を受けていた、30~50歳代の男性自殺既遂者を抽出し、この群の対照群として、年齢をマッチさせた精神科治療中のうつ病患者で、最近1年以内は自殺念慮や自傷・自殺行動が認められない者を設定して、社会経済的要因や家族構成・生活様式、ならびに精神医学的特徴に関する変数を比較した<sup>16</sup>。

その結果、家族構成や就労・生活状況、あるいは、収入・借金といった経済的状况については、両群間で差は認められなかった。しかし、自殺既遂群では、「休職取得」や「自立支援医療制度（精神通院医療）の利用者」が有意に少なかった。この結果は、精神疾患に罹患していることに対する本人や家族の受容と理解、さらには、治療に対する職場の理解と協力が得られておらず、治療継続を容易にするための環境が整備されていないことが示唆された。また、自殺既遂群では、死亡1年前にアルコールに関連した様々なトラブルを起こしていた者が多く、1ヶ月の飲酒日数が10日以上であるといった特徴も認められた。このことは、治療経過中に飲酒がうつ病患者の自殺リスクを高めるといふ、先行知見を確認する結果と考えられた。

### 3) 初回自殺企図が既遂となった成人男性に関する自殺の危険因子

近い将来の自殺死亡の予測因子として、最も重要でオッズ比が高いのは、いうまでもなく自殺企図歴の存在であるが、たとえば警察庁統計によれば、わが国の男性自殺既遂者のなかで過去の自殺企図が確認されている者は全体の13.7%にすぎない。このことは、男性の自殺予防にかぎらず、自殺企図歴という予測因子はほとんど実効的な意義を持たない可能性を示唆している。

そこで我々は、初回自殺企図が既遂となった男性の

データを抽出し、一方、既遂群と居住地と年代をマッチさせた、自殺企図歴のない生存者を対照群として設定し、両群間での比較を試みた<sup>17)</sup>。その結果、男性における初回自殺企図が既遂となることを予測する要因として、うつ病などの気分障害への罹患とともに、返済困難な借金の存在と、アルコール乱用・依存への罹患という要因も高いオッズ比で抽出されたのである。このことから、成人男性の自殺予防のためには、うつ病診療に際してたえず患者の経済的状況と飲酒様態に目配りし、それぞれに対して必要な支援や治療を提供することが重要であることが示唆された。また、司法書士等と精神科医療機関とのあいだの連携や、一般精神科とアルコール依存専門医療機関との連携を構築する必要があると考えられた。

## VI. おわりに

本稿では、心理学的剖検研究の歴史と海外における動向を概観し、わが国での実施状況として、現在のところ唯一の全国規模での心理学的剖検調査である、我々の研究の進捗状況、ならびにその主要な研究成果を示した。

わが国は、いまだに自殺に対する社会的偏見が強く、心理学的剖検研究を行うのは容易ではない。我々は、わが国において心理学的剖検研究が自殺の実態を継続的にモニタリングする方法論として定着させる必要があると考えており、その一環として、東京都23区内の異状死事例すべての検案を行っている東京都監察医務院と連携した調査を計画している。この方法論が実現すれば、法医学的知見も含めた、複数の情報源にもとづく心理学的剖検という、従来の心理学的剖検研究の限界を克服することができるかもしれない。

ともあれ、我々は、心理学的剖検研究には単に自殺の危険因子を明らかにする以上の意義があると考えている。実際に調査面接において遺族の語りに耳を傾けるなかで、我々は、自殺予防のために自分に何が求められ、何ができるのかを自問し、思いを新たにさせられるという体験を何度となくしてきた。実際、高橋も、Shneidmanの訳書<sup>23)</sup>のあとがきにおける自殺予防のあり方について論じたくんだり、「精神保健の領域に携わっている者は、まず先入観を抱かずに目の前にいる人の声に耳を傾けるように、そして、その人の心の痛みはどこから生じてい

るのかを探っていくこと、これがすべての第一歩だと教えられた。精神医学や心理学は統計学だけで答えが出るものではない。ある人が背負っている人生すべてが相手だ」というShneidmanの言葉を引用している。まったく同感である。自殺という重苦しく、我々を圧倒してやまない事象の直接的な感触なしに、血の通った自殺対策などあり得ない。そのことを最後に強調し、本稿の結びとしたい。

## 文献

1. 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45: 104-118, 2010.
2. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4: 37, 2004.
3. Brevard, A., Lester, D., Yang, B.J.: A comparison of suicide notes written by suicide completers and suicide attempters. Crisis. 11: 7-11, 1990.
4. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol. Med., 33: 395-405, 2003.
5. 張賢徳: 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの. 勉誠出版, 東京, 2006.
6. Kameyama, A., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al.: Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt: A psychological autopsy study. Psychiatry. Clin. Neurosci., 65: 592-595, 2011.
7. 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, ほか: 自殺の背景要因に関する定性的研究—ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討—. 日本社会精神医学会誌, 16: 275-288, 2008.
8. 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 木谷雅彦, 竹島正: 社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性—心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析—. 精神医学, 51: 431-440, 2009.

9. Katsumata, Y., Matsumoto, T., Kitani, M., et al.: School problems and suicide in Japanese young people. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 64: 214-215, 2010.
10. 川上憲人, 江口のぞみ, 土屋政雄, ほか: 心理学的剖検の症例対照研究. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究(研究代表者:加我牧子)」総括・分担研究報告書, pp145-182, 2010.
11. Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al.: Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 66: 292-302, 2012.
12. Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., et al.: Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect. Disord.*, 140: 168-175, 2012.
13. 北井暁子: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」平成17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精神保健研究所, 2006.
14. 北井暁子: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」平成18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精神保健研究所, 2007.
15. Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 49: Suppl 1: S111-116, 1995.
16. 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人, ほか: 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—. 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(研究代表者:加我牧子)」総括・分担研究報告書, pp25-35, 2012.
17. 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人, ほか: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺の危険因子の検討—. 平成22年度~平成24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)」総合報告書, pp37-51, 2013.
18. 本橋豊, 中山健夫, 金子善博ほか: STOP! 自殺—世界と日本の取り組み. 海鳴社, 東京, 2006.
19. Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., et al.: Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy. *Lancet*, 360: 1728-1736, 2002.
20. Pouliot, L., De Leo, D.: Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide. Life. Threat. Behav.* 36: 491-510, 2006.
21. Robins, E., Gassner, S., Kayes, J., et al.: The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry*. 115: 724-733, 1959.
22. Scott, C.L., Swartz, E., Warburton, K.: The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 29: 805-822, 2006.
23. Shneidman, E.S.: エドウィン・S・シュナイドマン著 高橋祥友訳「シュナイドマンの自殺学—自己破壊行動に対する臨床的アプローチ」, 金剛出版, 東京, 2005.
24. Shneidman, E.S.: *Autopsy of Suicidal Mind*. Oxford University Press, London, 2004 (エドウィン・S・シュナイドマン著 高橋祥友訳「アーサーはなぜ自殺したのか」, 誠信書房, 東京, 2005)
25. Suresh Kumar, P.N.: An analysis of suicide attempters versus completers in Kerala. *Indian J. Psychiatry*. 46: 144-149, 2004.
26. Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K.: Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Environ. Health. Prev. Med.*, 13: 243-256, 2008.