

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」

分担研究報告書

心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究

—若年層および女性の自殺既遂者の精神医学的・心理社会的特徴に焦点を当てて—

研究分担者 松本 俊彦（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 小高 真美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

高井美智子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

山内 貴史（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

川本 静香（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

菊池美名子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

勝又陽太郎（新潟県立大学人間生活学部）

白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）

川上 憲人（東京大学大学院精神保健学分野）

竹島 正（川崎市健康福祉局障害保健福祉部）

研究要旨：

【目的】本研究では、心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究を実施し、遺族から得られた自殺死亡事例の情報と一般住民生存者の情報を比較して、自殺の要因と介入のポイントについて検討した。そのなかで、若年層（20～34歳）と若年層以外（35歳以上）および男女別にデータの分析を行い、特に若年層および女性の自殺既遂者の精神医学的・心理社会的特徴に着目した。

【方法】国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター自殺実態分析室が中心となって実施してきた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」によって収集された20歳以上の自殺死亡事例（以下、事例群）102例について、性別・年齢・居住地域を一致させた対照群334例（一般住民生存者）に調査を実施し、収集されたデータを事例群と比較した。調査では、同居者に対して半構造化面接を実施した。本研究においては、面接で得られた情報のうち、対象者の属性等の基本的情報、幼少期の経験、婚姻状況、就労状況、経済状況、身体的問題、精神的問題（DSM-IV診断を含む）、援助希求行動に関する調査項目について検討した。データ分析では、それらの項目における出現頻度について、条件つきロジスティック回帰分析を用いて事例群・対照群間で比較した。

【結果】若年層（事例群 n=30, 対照群 n=95）では、15歳以前に学校でいじめや暴力にあう出来事を経験した割合や、15歳以前に両親どちらかと死別や離別を経験した割合が、それぞれ事例群（46.7%）・対照群（21.1%）（オッズ比：4.27, 95%信頼区間1.53-11.92）、事例群（23.3%）・対照群（9.5%）（オッズ比：4.52, 95%信頼区間1.27-16.13）と、事例群は対照群と比べて有意に高かった。一方、若年層以外（事例群 n=72, 対照群 n=239）では、それらの経験率について事例群と対照群で有意な差は認められなかった。若年層以外では、借金をはじめとする経済的問題の経験率、アルコールに関係する様々な問題の経験率、DSM-IV診断によるアルコール依存症や大うつ病性障害の有病率について、事例群は対照群と比べ有意に高かった。若年層では、それらの経験率や有病率について事例群と対照群で有意な差は認められなかった。また、女性（事例群 n=31, 対照群 n=96）では、15歳以前に両親どちらかとの死別や離別を経験した割合や、血縁関係がある両親やきょうだい、子どものうち、アルコールに関係する問題があった人がいる割合が、それぞれ事

事例群 (22.6%)・対照群 (9.4%) (オッズ比 : 4.05, 95% 信頼区間 1.15-14.31)、事例群 (16.1%)・対照群 (7.3%) (オッズ比 : 4.00, 95% 信頼区間 1.05-15.29) と、事例群は対照群と比べて有意に高かった。一方、男性 (事例群 n=71, 対照群 n=238) では、それらの経験率について、事例群は対照群と比べ有意に高くはなかった。男性では、借金をはじめとする経済的問題の経験率、アルコールに関係する様々な問題の経験率、DSM-IV 診断によるアルコール依存症や大うつ病性障害の有病率について、事例群は対照群と比べ有意に高かった。女性では、それらの経験率や有病率について事例群と対照群で有意な差は認められなかった。

【考察】本研究から、若年層では、いじめなどの学校問題や幼少期の親との死別・離別、女性では、幼少期の親との死別・離別に加え家族内でのアルコールの問題が、特に自殺のリスクとなる可能性が示唆された。本研究結果から、これまでのわが国の自殺対策は、経済的な問題やアルコール関連問題への対応などを中心とした、中高年男性を主なターゲットとした施策であったことが推察できる。今後は、若年層や女性にも焦点を当てた自殺の危険因子・保護因子、介入ポイントを更に究明し対策に活かしていく必要がある。そのためにも、心理学的剖検調査研究をさらに発展させ、自殺の背景にある学校問題や家庭問題、また若年層や女性に特有な精神疾患等について精査できるよう工夫が肝要である。

【結論】大規模な症例対照研究を実施し、若年層や女性の危険因子や介入ポイントを明らかにしていくことは、これまでの大きな課題であった。そのため本研究で、症例対照研究における属性別での自殺の要因の検討が可能となったことには大きな意義がある。今後は、剖検調査票の改訂なども視野に入れ、若年層や女性の自殺予防にも資する介入ポイントを明らかにすることが課題である。

A. 研究目的

わが国の年間の自殺者数は、平成10年に3万人を超えて以降、高止まりの状態が続き、深刻な社会問題となっていた。このような状況下において、平成18年6月には自殺対策基本法が成立し、同年10月に施行された。そして、自殺対策基本法に基づいて平成19年に定められた「自殺総合対策大綱」においては、「第4 自殺を予防するための当面の重点施策」の「1. 自殺の実態を明らかにする (1) 実態解明のための調査の実施」の項で、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる『心理学的剖検』の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と明記された。平成24年8月に閣議決定された新大綱においても、心理学的剖検を実施することの重要性が明記されている。

この大綱の意図を汲み、われわれは平成19年度から心理学的剖検の手法を用いて、自殺

既遂者の遺族を対象とした調査として「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)を実施してきた。この調査では、自殺の実態をライフステージ別・性別、主要な社会的要因別に分析することから自殺の臨床類型を明らかにし、各類型における自殺予防の介入ポイントや自殺の関連要因について検討することを目指している。そしてさらに詳細な実態把握と介入ポイントについての示唆を得るため、自殺既遂事例群 (以下、事例群) の調査・分析と並行して、対照群のデータ収集および事例群との比較分析を行う症例対照研究を実施し、数量的に自殺の危険因子を明らかにすることが期待されている。

平成21年度および平成24年度には、「一般住民の暮らし向きとこころの健康に関する学術調査」として、基礎調査で収集した自殺既遂事例に対し、年代・性別・居住地を一致させた一般生存事例の家族に対して、基礎調査と同じ調査票で面接を行って対照群とする症例対照研究を実施した^{1,2)}。この症例対照研究

は、心理学的剖検を用いた自殺の症例対照研究としてはわが国で唯一の研究であった。しかしその一方で、サンプルサイズが小さく、性・年齢別の危険因子・保護因子の同定などが困難であるという研究の限界が指摘されてきた。実際、海外の心理学的剖検による症例対照研究が対象とする症例数は100を超えているが³⁻⁵⁾。これに対して、われわれの研究グループによる症例数は49例と国際的水準には至っておらず^{6,7)}、わが国においてもより大規模な症例対照研究を実施する必要がある。サンプルサイズが大きくなれば、性・年齢別の危険因子・保護因子の同定、ひいては従来の研究ではサンプルサイズの問題から十分検討されてこなかった精神疾患以外の心理・社会的背景や社会的支援に関する要因について、従来よりも詳細な検討も可能となる。そこで研究班最終年度となる今年度、これまでの基礎調査において得られた自殺既遂事例に対し、年代・性別・居住地を一致させた一般生存事例の家族に対して、基礎調査と同じ調査票で面接を行って対照群とする大規模な症例対照研究を実施した。

大規模な症例対照研究による心理学的剖検研究を実施することは、今後の自殺対策における要請にも応える意味がある。というのも、中高年層を中心に年間の自殺者数が徐々に減少しているなか、若年層の自殺者数は、他の年齢階級と比較するとあまり減少が見られない現状があり⁸⁾、先進国のなかでもわが国の若年者の自殺死亡率は非常に高い。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2012年8月に大幅に見直され、そこにおいても強化すべき具体的施策のひとつとして、若年層向けの対策の充実が挙げられている。しかしながら、若年層の自殺予防には、様々な困難も報告されている^{9,10)}。また、女性の自殺についても、わが国の女性の自殺死亡率は、OECD加盟国の中では大韓民国に次いで2番目に高いが¹¹⁾、女性の自殺の要因を明らかにするための研究は、その多くが西欧諸国で実施されており、日本を含むアジア諸

国では十分に研究がおこなわれていないのが現状である¹²⁾。

以上のような理由から、わが国の若年層や女性の自殺の要因を解明し、予防介入のポイントを明らかにすることは喫緊の課題であると言える。そこで本研究で実施した心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究のなかでも特に今回は、若年層や女性の自殺の要因についてより詳細に検討することとした。

B. 研究方法

1. 対象

1) 研究デザイン

本研究の研究デザインは、症例対照研究(case-control study)である。基礎調査において、国立研究開発法人 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 自殺実態分析室(以下、自殺実態分析室)において収集された自殺既遂事例(以下、事例群)に対して、性別、年齢階級、居住地域をマッチさせた対照群への調査を実施し、収集されたデータを事例群のデータと比較した。1事例あたりの対照数は可変であるが、費用・効果を考慮し、1以上6以下、平均3となるように計画された。

2) 事例群

平成19年1月から開始した基礎調査において、平成27年4月末までに収集された事例群は102事例であった。そのうち67事例については、平成21年度および平成24年度研究「一般住民の暮らし向きとこころの健康に関する学術調査」において対照群のデータをすでに収集済みであった1, 2)。本研究では、平成27年4月末までに基礎調査で収集された新たな35事例に対して、平成24年度研究と同様の手法で対照群のデータを収集し、すでに収集されているデータと併せて分析を行うこととした。

3) 対照群

対照群の抽出・訪問面接調査は、(社)中央

調査社に委託し、担当調査員は同社に所属の調査専門者とした。まず事例群の35事例について、自殺実態分析室から(社)中央調査社に対して調査市区町村のリストを提供した。(社)中央調査社は、事例群1名につき、事例群が市区の場合は同一市区、町村の場合は県内の同規模の町村における、性別、年齢(同一5歳階級)が一致する一般住民(生存者)について、住民基本台帳から30名抽出した(以下、本人とする)。住民基本台帳の閲覧が不可の場合には、隣接する同一規模の市区町村を選択した。次に、担当調査員から本人に依頼状を郵送した後、調査員が自宅を訪問し、調査を依頼した。本人に情報収集源となる同居者がいる場合のみ調査対象とした。そして同居者への調査についての承諾を書面により本人から得た後、情報収集源となる同居者(以下、被験者)に調査協力を依頼し、書面にて同意を得た。事例1名あたり少なくとも対照例3名の調査が実施できるまで調査を続けた。なお、情報収集源となる同居者とは、本人と同居している者(優先順位は、配偶者、親、子、その他)とし、そのうちから調査の協力の得られた者1名とした。同居者が未成年の場合にはその者を情報収集源とはしなかった。したがって、条件を満たす優先順位が最も高い同居者が未成年である場合には、以下の2つの手続きのいずれかをとった。すなわち、①次に高い優先順位の者が同居している場合、その者を情報収集源とする、または、②次の優先順位に該当する同居者がいない場合には、その者は調査対象から除外する、である。

今回の対照群の調査は2015年8～10月に実施された。結果として、35事例に対して、122の対照から回答を得た。回答依頼総数は787件であり、回収率は15.5%であった。1事例あたりの対照数は平均3.5で、最大6、最少2であった。なお、本研究においてデータ分析の対象となる全102事例に対しては、対照数は計334であり、1事例あたりの平均対照数は3.3、最大6、最少1であった。対照群デー

タは、事例群データと照合され、解析用データファイルが作成された。

2. 調査手続き

1) 事例群

事例群の調査は、自殺者の家族に対して独自に作成された面接票に準拠し、事前に3日間のトレーニングを受講した精神科医師と保健師等の2人1組の調査員によって半構造化面接にて実施された。本研究で用いた面接票は、北京自殺研究・予防センターで開発された面接票¹³⁾を日本の状況に即して改良したものである。基本的情報(性別、年齢等)、家族構成、自殺のサイン、以前の自殺傾向、生活歴、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、精神障害、心の健康問題による受診行動に関する質問から構成されていた¹⁴⁾。

心理学的剖検による精神医学的診断の信頼性・妥当性は複数の先行研究によって確認されており^{15, 16)}、これらの先行研究では他者評定用に一部改編されたSCID (Structured Clinical Interview for DSM) を用いて診断を行っている。基礎調査では物質関連障害、気分障害、精神病性障害、不安障害(パニック障害、PTSD、全般性不安障害)についてのみ先行研究同様の構造化面接による診断を行った上で、さらに面接の中で得られた他の情報を加えて、調査員となった精神科医師がDSM-IV¹⁷⁾に準拠した最終的な臨床診断を行った。ただし、症例対照研究のデータ分析においては、精神科医師による臨床診断データを得られない対照群データと比較するため、前述の構造化面接による診断の結果のみを使用した。

なお、事例群の詳細な調査方法については、以前の研究報告書¹⁴⁾を参照されたい。

2) 対照群

(社)中央調査社とは個人情報保護手順を含んだ契約を自殺予防総合対策センターとの間で締結した。(社)中央調査社の担当調査員は、

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター自殺実態分析室が心理学的剖検調査の際に実施した調査員トレーニングを踏襲した3時間の研修を受講することを必須条件とした。調査員トレーニング修了後、担当調査員は、本人および被験者の同意取得後、所定の調査票と小冊子を使用し、被験者に対して訪問面接調査を行った。面接場所は被験者の自宅とし、面接時間は約1時間程度とした。

調査票は、基本的情報（性別、年齢等）、家族構成、自殺のサイン、以前の自殺傾向、生活歴、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、精神障害、心の健康問題による受診行動に関する質問から構成されていた。

3. データ分析

本研究においては、面接で得られた情報のうち、属性等の基本的情報、幼少期の経験、婚姻状況、就労状況、経済状況、身体的問題、精神的問題（DSM-IV 診断を含む）、援助希求行動に関する46変数について、事例群および対照群それぞれで頻度（割合%）および平均値を比較した。

データの分析は、全体（事例群 n=102, 対照群 n=334）での分析に加え、若年層（20～34歳）・若年層以外（35歳以上）、女性・男性のそれぞれのサブグループでも分析を行った。なお、若年層を34歳までと定義した理由は、若年層の自殺に関する国際比較のための水準⁸⁾に合わせるためである。

統計解析には、IBM SPSS Statistics ver.22 (IBM, Armonk, NY, USA) を、分析には、条件付きロジスティック回帰分析を用いて、オッズ比とその95%信頼区間を算出した。条件付きロジスティック回帰分析は、1対1あるいは1対kのマッチングを行った場合に通常のロジスティック回帰分析に代わって適用すべき解析手法であり、SPSSのCOXREGコマンドを用いて実施した。統計的検定における有意水準は $\alpha = 0.05$ とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。対照群の調査は(社)中央調査社の個人情報保護規定に従って実施された。回答者の個人情報は(社)中央調査社が管理し、自殺実態分析室には、個人情報を削除したデータのみが提供された。個人情報および調査票は、調査終了6ヶ月後に消去・廃棄される。対照群データは自殺実態分析室に送付され、事例群データとの照合が行われた。

C. 研究結果

1. 症例対照研究の全体的な結果

事例群102例のうち男性71名（69.6%）で、平均年齢は44.1歳（SD±15.1歳）であった。

分析に使用した46変数について、事例群および対照群それぞれで頻度（割合%）および平均値を比較した結果は、表1に示した通りである。経済問題や身体的問題、アルコール問題、自殺関連行動やその家族歴、援助希求行動、アルコール依存症や大うつ病性障害などの精神疾患等、33変数についての頻度および平均値は、対照群より事例群の方が有意に高かった。婚姻歴と就労（あり）については、対照群の方が事例群よりも割合が有意に高かった。

2. 若年層および若年層以外での比較

若年層と若年層以外のそれぞれのサブグループで、全体での分析と同じく46変数について、事例群および対照群それぞれで頻度（割合%）および平均値を比較した結果を表2（若年）・3（若年以外）で示した。

若年層と若年層以外のどちらとも、事例群と対照群で発生頻度に有意な差が認められた項目（項目群）は、就労状況、1ヶ月以内の不定愁訴、睡眠問題、自殺関連行動やその家族歴、援助希求行動であった。そのうち、就労状況では、事例群では対照群に比べ、無職である人の割合が有意に多く、他の項目（項目群）では、事例群では対照群に比べ、発生頻

度が有意に高かった。

若年層においては事例群の方が対照群よりも、15歳以前の学校でのいじめ・暴力や15歳以前の両親どちらかとの死別や離別を経験している割合が有意に高かった。一方、若年層以外ではこれらの項目について事例群と対照群でその経験割合に有意な差は認められなかった。

若年層以外においては事例群の方が対照群よりも、15歳以前の両親からの虐待等経験、休職歴、借金問題を含む経済的問題、重篤な身体疾患罹患歴、アルコール関連問題、薬物使用問題、DSM-IV 診断によるアルコール依存・大うつ病性障害・気分変調性障害・双極IおよびII型・精神病性障害がある割合が有意に高かった。また1日のアルコール飲酒量も、事例群は対照群よりも有意に多く飲酒していた。若年層ではこれらの項目について事例群と対照群でその経験割合や平均値に有意な差は認められなかった。

3. 性別による比較

性別によるサブグループで、全体での分析と同じく46変数について、事例群および対照群それぞれで頻度（割合%）および平均値を比較した結果を表4（女性）・5（男性）で示した。

男女どちらも、事例群と対照群で発生頻度に有意な差が認められた項目（項目群）は、15歳以前の学校でのいじめ・暴力、就労状況、1ヶ月以内の不定愁訴、睡眠問題、自殺関連行動やその家族歴、援助希求行動であった。そのうち、就労状況では、事例群では対照群に比べ、無職である人の割合が有意に多く、他の項目（項目群）では、事例群では対照群に比べ、発生頻度が有意に高かった。

女性においては事例群の方が対照群よりも、15歳以前の両親どちらかとの死別や離別を経験している割合や、血縁家族（親・きょうだい・子ども）にアルコールの問題を抱えている人がいる割合が有意に高かった。一方、男性ではこれらの項目について事例群と対照

群でその経験割合に有意な差は認められなかった。

男性においては事例群の方が対照群よりも、15歳以前の両親からの虐待等経験、休職歴、借金問題を含む経済的問題、重篤な身体疾患罹患歴、アルコール関連問題、薬物使用問題、DSM-IV 診断によるアルコール依存・大うつ病性障害・気分変調性障害がある割合が有意に高かった。また1日のアルコール飲酒量は、事例群は対照群よりも有意に多く飲酒していた。女性ではこれらの項目について事例群と対照群でその経験割合や平均値に有意な差は認められなかった。

D. 考察

本研究では、心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究を実施し、自殺既遂者の心理社会的・精神医学的特徴について、若年とそれ以外、また性別によるサブグループ解析を行いサブグループ間の結果を比較して、特に若年層と女性の自殺要因や予防介入のポイントについて検討した。

まず若年層がそれ以外（中高年層）と異なる点として、若年層では事例群の約半数が15歳以前の学校における暴力やいじめを経験しており、このような学校問題の経験者は経験していない者に比べ、自殺のリスクが約4倍高いことが明らかになった。いじめが、思春期・青年期の若者の自殺関連行動に関連することは海外では報告されてきた¹⁸⁾。われわれのこれまでの基礎調査においても、若者の学校問題の経験と自殺との関係について推察されていたが、サンプルサイズが小さく、学校問題の経験が自殺の危険因子とは断定するには至っていなかった¹⁹⁾。今回の症例対照研究により、わが国においても、学校での暴力やいじめの被害経験が若年層の自殺の危険因子となりうることが明らかにされた。また、英国の研究では、幼少期のいじめの被害経験は生涯にわたる自殺未遂のリスクを高めると報告している²⁰⁾。本研究からも15歳以下のいじめの被害経験は、5～20年後という長期的

なスパンにおいても自殺のリスクとなる可能性があることが分かった。自殺の危険因子としてのいじめは国際的にも公衆衛生上の課題となっており喫緊の対策が求められているが²¹⁾、本研究からも示唆されたように、いじめの長期的な予後も念頭においた対応²²⁾も視野に入れる必要があるだろう。更には、自殺関連行動につながる可能性が高いネット上のいじめ²³⁾についても、喫緊の課題として検討していきたい。

次に、若年層や女性では、15歳以前に両親どちらかとの死別や離別を経験している割合が、対照群に比べ事例群では有意に高く、どちらのサブグループにおいても事例群では2割強が経験している一方、対照群では約1割にとどまっていた。幼少期に経験する親との死別や離別は、その後の自殺関連行動の危険性を高めることが報告されている²⁴⁻²⁷⁾。Lizardら²⁵⁾の米国における大規模調査では、18歳未満の両親の離婚や再婚は、成人期の自殺企図のリスクを有意に高め、特に女性ではうつ病で調整した場合でも、そのリスクは1.46倍と有意に高かった。一方、前述のいじめ被害も含め、自殺者のなかには幼少時代の逆境を複数経験している可能性もあり、その数が増えるほどその後の自殺関連行動のリスクは高まる²⁶⁾。今後の研究では、幼少期のいじめ被害や親との死別・離別が他の危険因子とは独立して自殺のリスクとなりうるのか、もしくはそれらを含む何かしらの幼少期の逆境体験(adverse childhood experiences)が自殺のリスクを高めるのかなど、交絡要因も合わせた検討が必要である。

今回の研究からも明らかとなったように、人生の早い時期における危険因子は自殺のリスクを高める²⁹⁾。一方、保護因子はその後のリスクを低める可能性がある。これら危険因子や保護因子への早い時期からの対応(「川上からのアプローチ」“upstream approaches”)は、国際的にもその実施と効果に十分な評価は行われていないものの²⁹⁾、わが国における自殺対策の更なる発展には欠かせない視点の

一つであろう。幼少期からの地域における日頃の母子保健活動や地域保健活動を自殺予防の観点から再度検討することも重要である³⁰⁾。わが国には自殺対策と関連する多数の法律が整備されていることにも注目したい。自殺死亡急増の1998年頃からを振り返っても、児童虐待防止法(2000)、配偶者暴力防止法(2001)、アルコール健康障害対策基本法(2013)、生活困窮者自立支援法(2013)などが制定されており、自殺対策基本法に基づく事業と、これらの法律に基づく事業のそれぞれの強みを活かした共同運行は、本研究の成果を実社会に活かすひとつの方法であるし、大綱に示された地域における連携・協力の確保にも沿うものではないか。

今回の解析で興味深く感じられたのは、アルコール問題と自殺との関係に関する性差である。男性は、アルコール依存症だけでなく、頻繁な泥酔や飲酒による精神的・身体的、また対人関係や日常生活における問題の経験が自殺のリスクを高めていた。このことについては、これまでの基礎調査による研究成果でも報告あり、その中では特に中高年男性を中心とした、アルコール関連問題と自殺に関して積極的な啓発活動やアルコール関連問題の治療や支援体制の強化と拡充の重要性について論じてきた³¹⁾。一方、今回の研究においては、女性では、血縁の家族にアルコール問題を抱えた人がいる(いた)場合、いない場合と比較して自殺のリスクが4.0倍高まることが明らかになった。Alonzoら²⁷⁾は、親がアルコール問題を抱えていた場合、その子どもの一生涯における自殺企図のリスクが、交絡要因による調整前で3.44倍、調整後でも1.85倍高まると報告しており、本研究結果に近い数値を得ていた。本調査では、血縁関係がある両親、きょうだい、子どものうち、アルコールのために、頻繁な泥酔や日常生活への支障、対人関係問題、身体・精神的問題があった人の有無のみについて聞き取りしているため、問題を抱えていた家族と自殺者との続柄や問題の程度までは分からない。また、アル

コール問題に付随する他の問題（DV や虐待、離別など）の有無についても不明瞭なため、これらの検討は今後の研究課題である。いずれにせよ、Peffer³²⁾が、「自殺のリスクが高い子どもの背後には自殺のリスクが高い大人がいる」と指摘しているように、自殺リスクが高い人だけでなく、家族全体を支援する視点が欠かせないことが、本研究において改めて確認された。地域の保健機関では、目の前の“クライアント”のみならず、その家族・地域にも目を向けて包括的に支援するあり方を再検討することが肝要である。そして包括的支援の実現には、保健医療に限らず、教育・雇用・福祉・司法などの多領域で自殺予防を優先事項とし、分野を越えたネットワーク構築を目指す必要がある²⁹⁾。

大規模な症例対照研究によるサブグループ解析の実施はわれわれのこれまでの心理学的剖検研究における課題であり、今回、若年層においては学校問題や家庭環境、女性では家庭環境が自殺のリスクに大きな影響を与え得ることが明らかになったことは非常に意義深い。一方で、介入ポイントの特定や今後の政策展開に活かすためにも、それらに関する更に詳細な情報収集が必須であり、それを可能にするための剖検調査票の改訂なども視野に入れて検討することが、われわれの次なる剖検調査研究の課題である。他方、自殺者の学校問題を含め幼少時代を詳しく知る家族員は限定されるだろう。たとえば親やきょうだいに比べ、配偶者からは十分に情報収集できない可能性がある。更に家庭環境については、家族内葛藤や暴力等、家族だからこそ語ることができない出来事が存在するかもしれない。あるいは家庭内でのトラウマ体験をした自殺者の家族は、そもそも研究協力しない可能性もありうる。そのため、学校問題や家庭環境に関わる調査項目の見直しを検討すると同時に、そのようなデータ収集のための工夫が必要であろう。

本研究にはいくつかの限界があるが、前述した事項以外で追加すべき主要な3点を挙げ

る。

第一の限界は、対象に関する課題点である。事例群のサンプルの抽出も無作為あるいは一定期間の連続サンプリングではない。各地域の精神保健福祉センターにおける遺族支援などにアクセスした遺族で、かつ調査に同意した者に限られており、単身の自殺既遂者は原則として調査対象から除外される。したがって、本研究の結果をそのままわが国の自殺既遂者の特徴として一般化することに限界がある。また、事例群・対照群ともに回答率が低く、選択バイアスも大きいものと考えられる。さらに、事例群と対照群の発生割合を比較分析した際に得られたオッズ比の信頼区間が、変数によっては非常に広く、これは対照群に一般生存住民を採用していることが強く影響していると考えられる。そのため今後の研究では、対照群の置き方も検討する必要がある。

第二に、情報収集の精度にも問題が考えられる。心理学的剖検という調査手法の性質上、本人からの情報収集でなく、周囲の者からの情報収集となる。家族が知り得る情報範囲には自ずと限界がある。また本研究には、自殺発生から数年以上経過した後に調査を実施した事例も含まれており、記憶想起のバイアスが混入した可能性もある。更に、対照群調査においては、調査員に精神科医が含まれていなかったこともあり、事例群と対照群の間で精神障害の評価に差が生じた可能性がある。

最後に、本研究では閾値下の精神疾患を含め、評価できていない精神疾患が数多く存在する。今回の研究では、若年層や女性のサブグループにおいては、精神医学的診断が自殺の危険因子としてあがってこなかった。そこには、症例対照研究の調査では情報収集できていない精神疾患が、若年層や女性の自殺のリスクを高める大きな危険因子である可能性も考え得る。例えば、これまでの基礎調査の成果報告では、女性自殺既遂者の摂食障害の問題について言及してきたが³³⁾、症例対照研究では摂食障害の評価は含まれていない。今後、構造化面接による診断疾患の追加等も検

討が必要である。

E. 結論

これまでの基礎調査においては、大規模な症例対照研究を実施し、若年層や女性をはじめとするサブグループの危険因子や介入ポイントを明らかにしていくことが、大きな課題となっていた。そのため本研究で、大規模な症例対照研究を実施し、サブグループごとの自殺の要因の検討が可能となったことには大きな意義がある。若年層以外や男性では、アルコール問題や経済問題などが自殺のリスクを高めることが再確認されたが、若年層や女性ではそれらは必ずしもリスク要因とは言えないことが分かった。つまり、経済的な問題やアルコール関連問題への対応を中心とする自殺対策は、中高年男性を主なターゲットとした施策であることが本研究結果から推察できる。一方で、今回、若年層や女性の自殺の背景を検討する上で重要なポイントとなり得ることが示唆された学校問題や家庭環境については、既存の剖検調査票では詳細な情報収集が困難である。そのため、今後は調査票の改訂なども視野に入れ、若年層や女性などのサブグループの自殺予防にも資する、詳細な情報を特定することが課題と言えよう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takeshima T, Yamauchi T, Inagaki M, Kodaka M, Matsumoto T, Kawano K, Katsumata Y, Fujimori M, Hisanaga A, Takahashi Y : Suicide prevention strategies in Japan: A 15-year review (1998-2013). *Journal of Public Health Policy* 36(1) : 52-66, 2015.
- 2) 勝又陽太郎, 松本俊彦 : 若年者の自傷行為に対する援助行動と感情体験との関連. *日本社会精神医学会雑誌* 24(1) : 9-18, 2015.

- 3) 山内貴史, 奥村泰之, 白川教人, 松本俊彦, 竹島正 : 自殺のリスク評価において何に注意すべきかー消防庁および地方自治体の自損行為データから見えてきたことー. *精神科治療学* 30(3) : 315-320, 2015.
- 4) 引地和歌子, 奥村泰之, 松本俊彦, 谷藤隆信, 鈴木秀人, 竹島正, 福永龍繁 : 過量服薬による致死性の高い精神科治療薬の同定ー東京都監察医務院事例と処方データを用いた症例対照研究ー. *精神神経学雑誌* 118: 3-13, 2016.
- 5) 松本俊彦 : 自殺念慮のアセスメントーCASE アプローチー. *精神科治療学* 30(3) : 325-332, 2015.
- 6) 松本俊彦 : 嗜癖的な自傷を呈する子どもの認知行動療法. *精神療法* 41(2) : 59-65, 2015.
- 7) 松本俊彦 : 子どもの自殺と自傷行為. *児童青年精神医学とその近接領域* 56 (2) : 159-167, 2015.
- 8) 松本俊彦 : 自傷と摂食障害. *そだちの科学 特集 摂食障害とそだち* 25 : 83-87, 2015.
- 9) 松本俊彦 : 特集 自分を傷つける行為が止まらない人 医療者はどう捉え、かかわればいいのか この分野の援助者は、知恵とスキルを共有し、仲間を作る必要がある. *精神看護* 18 (6) : 540-544, 2015.
- 10) 松本俊彦 : 自分を傷つけずにはいられないー自傷から回復するためのヒントー. 講談社, 東京, 2015.
- 11) 松本俊彦 : もしも「死にたい」と言われたら 自殺リスクの評価と対応. 中外医学社, 東京, 2015.

2. 学会発表

- 1) 小高真美, 松本俊彦, 高井美智子, 山内貴史, 白川教人, 竹島正 : 身体疾患が自殺のリスクに及ぼす影響ー心理学的剖検研究における自殺既遂事例から見えてきたこと, 第35回日本社会精神医学会ポスター発表, 2016. 1.28-29, 岡山.

- 2) 松本俊彦：教育講演7 自傷行為の理解と対応. 第56回日本児童青年精神医学会総会, 神奈川, 2015.10.5.
- 3) 松本俊彦：アルコールとうつ、自殺「死のトライアングル」を防ぐ為. 第22回多文化間精神医学会学術総会 ランチョンセミナー2, 東京, 2015.10.4.
- 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) 加我牧子：厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究. 平成21年度総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター, 2010.
 - 2) 加我牧子：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. 平成24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, 2013.
 - 3) De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kölvés K. Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res.* 2013;47(7):980-988.
 - 4) Jia CX, Wang LL, Xu AQ, Dai AY, Qin P. Physical illness and suicide risk in rural residents of contemporary China: a psychological autopsy case-control study. *Crisis* 2014;35(5):330-337.
 - 5) 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(2-3):265-270.
 - 6) 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(2):168-75.
 - 7) Kodaka M, Matsumoto T, Katsumata Y, Akazawa M, Tachimori H, Kawakami N, Eguchi N, Shirakawa N, Takeshima T. Suicide risk among individuals with sleep disturbances in Japan: a case-control psychological autopsy study. *Sleep Med.* 2014;15(4):430-435.
 - 8) 内閣府. 平成27年版自殺対策白書. 内閣府, 2015.
 - 9) Ono Y, Sakai A, Otsuka K, Uda H, Oyama H, Ishizuka N, Awata S, Ishida Y, Iwasa H, Kamei Y, Motohashi Y, Nakamura J, Nishi N, Watanabe N, Yotsumoto T, Nakagawa A, Suzuki Y, Tajima M, Tanaka E, Sakai H, Yonemoto N. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. *PLoS One* 2013;8(10):e74902.
 - 10) Page A, Taylor R, Gunnell D, Carter G, Morrell S, Martin G. Effectiveness of Australian youth suicide prevention initiatives. *Br J Psychiatry.* 2011;199(5):423-9.
 - 11) OECD. Suicide. In: OECD. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators.* Paris, France: OECD Publishing, 2011: 34-35. <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf> Accessed Jan. 21, 2016.
 - 12) Brockington, I. Suicide in women. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001;16,S7-S19.
 - 13) 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;360:1728-1736.
 - 14) 加我牧子：厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 心理学的剖

- 検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究．平成19年度総括・分担研究報告書．国立精神・神経センター，2008.
- 15) Conner KR et al: The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 452-457, 2001
 - 16) Zhang J et al: Studying Chinese suicide with proxy-based data: reliability and validity of the methodology and instruments in China. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191: 450-457, 2003
 - 17) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
 - 18) Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Almqvist F, Gould MS. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(3):254-261.
 - 19) Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Akazawa M, Hirokawa S, Takeshima T. School problems and suicide in Japanese young people. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64(2):214-215.
 - 20) Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *Eur Psychiatry* 2011;26(8):498-503.
 - 21) Hertz MF, Donato I, Wright J. Bullying and suicide: a public health approach. *J Adolesc Health*. 2013;53(1Suppl):S1-3.
 - 22) 斎藤環：いじめ被害とPTSD. *精神科治療学* 2014; 29 (5) : 633-638.
 - 23) Bottino SM, Bottino CM, Regina CG, Correia AV, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015;(3):463-75.
 - 24) Guldin MB, Li J, Pedersen HS, Obel C, Agerbo E, Gissler M, Cnattingius S, Olsen J, Vestergaard M. Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: A population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 2015 ;72(12):1227-1234.
 - 25) Lizardi D, Thompson R, Keyes K, Hasin D. Parental divorce, parental depression and gender differences in adult suicide attempt in offspring. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:899-904.
 - 26) Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. The role of depression in the differential effect of childhood parental divorce on male and female adult offspring suicide attempt risk. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(9):687-690.
 - 27) Alonzo D, Thompson RG, Stohl M, Hasin D. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States. *Am J Orthopsychiatry*. 2014 ;84(3):316-320.
 - 28) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258.
 - 29) 自殺予防総合対策センター訳：自殺を予防する—世界の優先課題．独立行政法人国立精神・神経医療研究センター自殺予防総合対策センター，2014．（＝WHO. Preventing suicide-A global imperative. WHO, 2014.）
 - 30) 竹島正，山内貴史：地域が若年層の自殺

- とどう向き合うか—地域に求められる
取り組みとは—。月刊地域医学 2013；
27(6)：483-486.
- 31) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷
雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 平山正実,
亀井晶子, 竹島正：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-
118.
- 32) 高橋祥友訳：死に急ぐ子供たち—小児の
自殺の臨床精神医学的研究。中央洋書出
版部，1990。（= Pfeffer CR. The suicidal
child. Guilford Press, 1986）
- 33) 福田祐典：厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業 自殺総合対策
大綱に関する自殺の要因分析や支援方
法等に関する研究。平成26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，2015.

表1. 事例群と対照群における心理社会的および精神医学的特徴の比較(全体)

全体(N=436) 事例群男性:71人(69.6%) 年齢:平均44.12歳(SD±15.12)	事例群(N=102)		対照群(N=334)		オッズ比	95%信頼区間
	n	%	n	%		
幼少期の経験						
学校でのいじめ・暴力	26	25.5	41	12.3	2.56	1.41-4.64
親の死・離婚	17	16.7	34	10.2	1.75	0.89-3.45
虐待・ネグレクト	13	12.7	16	4.8	3.55	1.55-8.10
		平均(SD)		平均(SD)		
学業年数	102	13.47(2.96)	330	13.57(2.58)	0.98	0.89-1.09
婚姻関連		%		%		
婚姻歴	70	68.6	252	75.4	0.49	0.25-0.97
離婚歴	7	6.9	19	5.7	1.24	0.48-3.19
就労関連						
就労状況	63	61.8	264	79	0.29	0.15-0.54
休職歴	25	24.5	38	11.4	2.61	1.47-4.63
経済的状況						
経済的問題	33	32.4	55	16.5	2.43	1.44-4.11
借金経験	50	49	111	33.2	2.30	1.37-3.85
返済困難な借金	22	21.6	8	2.4	16.79	5.73-49.19
多重債務	15	14.7	5	1.5	15.22	4.34-53.46
		平均(SD)		平均(SD)		
年収	94	673.29(519.611)	230	641.90(361.626)	1.00	1.00-1.00
身体的問題		%		%		
重篤な身体疾患歴	22	21.6	39	11.7	2.04	1.12-3.70
1ヶ月以内の不定愁訴	57	55.9	43	12.9	9.27	5.18-16.59
睡眠問題	81	79.4	51	15.3	27.58	12.6-60.38
精神的問題						
アルコール関連問題						
泥酔問題	22	21.6	21	6.3	4.36	2.20-8.62
精神的問題	9	8.8	6	1.8	4.61	1.60-13.27
身体的問題	16	15.7	19	5.7	3.23	1.53-6.84
対人関係問題	10	9.8	7	2.1	5.30	1.89-14.87
日常生活問題	6	5.9	5	1.5	3.61	1.09-11.92
		平均(SD)		平均(SD)		
飲酒量/日	72	3.40(3.50)	227	2.15(1.83)	1.20	1.07-1.36
		%		%		
家族内のアルコール問題	18	17.6	32	9.6	1.99	1.08-3.66
薬物使用問題	9	8.8	2	0.6	16.45	3.51-77.08
自殺関連行動およびその家族歴						
希死念慮発信	63	61.8	9	2.7	282.32	31.56-2525.86
自傷歴	41	40.2	3	0.9	128.97	17.69-940.22
自殺未遂・自傷の家族歴	57	55.9	67	20.1	7.61	4.21-13.75
援助希求行動						
相談	61	59.8	11	3.3	46.11	16.70-127.31
心療内科受診	9	8.8	5	1.5	9.79	2.62-36.56
精神科受診	45	44.1	4	1.2	47.52	14.72-153.43
その他の診療科受診	4	3.9	2	0.6	7.24	1.32-39.80
治療	55	53.9	6	1.8	85.51	20.80-351.58
処方	51	50	6	1.8	78.54	19.06-323.62
入院	14	13.7	0	0	418.45	0.94-∞
自立支援医療利用	23	22.5	2	0.6	70.06	9.41-521.45
DSM-IV診断						
アルコール依存	10	9.8	7	2.1	5.11	1.83-14.21
アルコール乱用	5	4.9	0	0	464.39	0.01-∞
薬物依存	2	2	0	0	261.60	0.00-∞
薬物乱用	0	0	0	0		
大うつ病性障害	50	49	3	0.9	163.31	22.51-1185.09
気分変調性障害	12	11.8	1	0.3	37.31	4.79-290.83
双極I型・II型	5	4.9	1	0.3	16.45	1.90-142.45
精神病性障害	12	11.8	2	0.6	19.40	4.30-87.58
パニック障害	3	2.9	0	0	485.41	0.00-∞
外傷後ストレス障害	0	0	0	0		
全般性不安障害	12	11.8	0	0	562.90	0.41-∞

条件付ロジスティック回帰分析

表 2. 事例群と対照群における心理社会的および精神医学的特徴の比較(若年層)

若年(N=125) 事例群男性:10人(33.3%) 年齢:平均27.41歳(SD±4.67)	事例群(N=30)		対照群(N=95)		オッズ比	95%信頼区間
	n	%	n	%		
幼少期の経験						
学校でのいじめ・暴力	14	46.7	20	21.1	4.27	1.53-11.92
親の死・離婚	7	23.3	9	9.5	4.52	1.27-16.13
虐待・ネグレクト	4	13.3	4	4.2	4.69	0.79-27.90
		平均(SD)		平均(SD)		
学業年数	30	14.33(2.58)	95	14.37(2.13)	0.96	0.78-1.18
婚姻関連		%		%		
婚姻歴	11	36.7	42	44.2	0.50	0.15-1.63
離婚歴	0	0	2	2.1	0.04	0.00-∞
就労関連						
就労状況	13	43.3	69	72.6	0.17	0.04-0.62
休職歴	4	13.3	11	11.6	0.98	0.25-3.85
経済的状況						
経済的問題	6	20	12	12.6	1.47	0.46-4.74
借金経験	6	20	20	21.1	0.88	0.28-2.78
返済困難な借金	1	3.3	3	3.2	1.30	0.13-12.60
多重債務	0	0	1	1.1	0.03	0.00-∞
		平均(SD)		平均(SD)		
年収	28	568.00(311.58)	61	664.85(311.12)	1.00	1.00-1.00
身体的問題		%		%		
重篤な身体疾患歴	3	10	9	9.5	1.13	0.30-4.35
1ヶ月以内の不定愁訴	13	43.3	12	12.6	9.37	2.58-34.08
睡眠問題	24	80	17	17.9	18.70	5.47-64.02
精神的問題						
アルコール関連問題						
泥酔問題	0	0	6	6.3	0.03	0.00-126.09
精神的問題	0	0	1	1.1	0.03	0.00-∞
身体的問題	2	6.7	3	3.2	1.69	0.23-12.23
対人関係問題	0	0	1	1.1	0.03	0.00-∞
日常生活問題	0	0	1	1.1	0.03	0.00-∞
		平均(SD)		平均(SD)		
飲酒量/日	20	1.80(1.39)	52	1.65(1.83)	0.87	0.59-1.28
		%		%		
家族内のアルコール問題	6	20	8	8.4	2.86	0.87-9.34
薬物使用問題	3	10	0	0	394.95	0-∞
自殺関連行動およびその家族歴						
希死念慮発信	17	56.7	1	1.1	740.09	2.08-∞
自傷歴	19	63.3	1	1.1	501.37	1.67-∞
自殺未遂・自傷の家族歴	15	50	18	18.9	6.75	2.15-21.27
援助希求行動						
相談	20	66.7	2	2.1	64.40	8.60-482.42
心療内科受診	2	6.7	0	0	434.42	0.00-∞
精神科受診	14	46.7	2	2.1	44.45	5.81-340.56
その他の診療科受診	0	0	0	0		
治療	18	60	1	1.1	478.40	1.73-∞
処方	15	50	1	1.1	477.01	1.01-∞
入院	3	10	0	0	575.41	0.00-∞
自立支援医療利用	7	23.3	0	0	514.17	0.05-∞
DSM-IV診断						
アルコール依存	0	0	1	1.1	0.03	0.00-∞
アルコール乱用	0	0	0	0		
薬物依存	2	6.7	0	0	261.60	0.00-∞
薬物乱用	0	0	0	0		
大うつ病性障害	12	40	0	0	418.88	0.45-∞
気分変調性障害	3	10	0	0	261.60	0.00-∞
双極I型・II型	1	3.3	0	0	434.45	0.00-∞
精神病性障害	5	16.7	0	0	437.78	0.01-∞
パニック障害	1	3.3	0	0	3031.76	0.00-∞
外傷後ストレス障害	0	0	0	0		
全般性不安障害	7	23.3	0	0	690.78	0.01-∞

条件付ロジスティック回帰分析

表 3. 事例群と対照群における心理社会的および精神医学的特徴の比較(若年層以外)

若年以外(N=311) 事例群男性:61人(84.7%) 年齢:平均50.84歳(SD±12.42)	事例群(N=72)		対照群(N=239)		オッズ比	95%信頼区間
	n	%	n	%		
幼少期の経験						
学校でのいじめ・暴力	12	16.7	21	8.8	2.09	0.96-4.58
親の死・離婚	10	13.9	25	10.5	1.18	0.50-2.78
虐待・ネグレクト	9	12.5	12	5	3.19	1.24-8.18
		平均(SD)		平均(SD)		
学業年数	72	13.11(3.06)	235	13.24(2.68)	0.99	0.89-1.12
婚姻関連		%		%		
婚姻歴	59	81.9	210	87.9	0.48	0.21-1.11
離婚歴	7	9.7	17	7.1	1.38	0.52-3.64
就労関連						
就労状況	50	69.4	195	81.6	0.40	0.19-0.86
休職歴	21	29.2	27	11.3	3.36	1.72-6.58
経済的状況						
経済的問題	27	37.5	43	18	2.64	1.44-4.81
借金経験	44	61.1	91	38.1	3.15	1.69-5.85
返済困難な借金	21	29.2	5	2.1	59.80	8.00-446.99
多重債務	15	20.8	4	1.7	22.65	5.10-100.53
		平均(SD)		平均(SD)		
年収	66	717.95(582.39)	169	633.62(378.72)	1.00	1.00-1.00
身体的問題		%		%		
重篤な身体疾患歴	19	26.4	30	12.6	2.47	1.24-4.90
1ヶ月以内の不定愁訴	44	61.1	31	13	9.81	4.99-19.27
睡眠問題	57	79.2	34	14.2	33.12	11.87-92.38
精神的問題						
アルコール関連問題						
泥酔問題	22	30.6	15	6.3	7.56	3.33-17.16
精神的問題	9	12.5	5	2.1	4.92	1.62-14.92
身体的問題	14	19.4	16	6.7	3.58	1.60-8.04
対人関係問題	10	13.9	6	2.5	5.99	2.00-17.98
日常生活問題	6	8.3	4	1.7	4.70	1.32-16.79
		平均(SD)		平均(SD)		
飲酒量/日	52	4.02(3.86)	175	2.30(1.81)	1.26	1.09-1.46
		%		%		
家族内のアルコール問題	12	16.7	24	10	1.87	0.90-3.90
薬物使用問題	6	8.3	2	0.8	11.31	2.25-56.98
自殺関連行動およびその家族歴						
希死念慮発信	46	63.9	8	3.3	165.80	19.85-1386.68
自傷歴	22	30.6	2	0.8	64.17	8.60-478.88
自殺未遂・自傷の家族歴	42	58.3	49	20.5	8.37	4.09-17.11
援助希求行動						
相談	41	56.9	9	3.8	39.12	12.05-126.99
心療内科受診	7	9.7	5	2.1	7.71	1.96-30.24
精神科受診	31	43.1	2	0.8	47.63	11.35-199.79
その他の診療科受診	4	5.6	2	0.8	7.24	1.32-39.80
治療	37	51.4	5	2.1	54.68	13.12-227.83
処方	36	50	5	2.1	52.70	12.63-219.86
入院	11	15.3	0	0	261.80	0.613-∞
自立支援医療利用	16	22.2	2	0.8	42.41	5.57-322.73
DSM-IV診断						
アルコール依存	10	13.9	6	2.5	6.32	2.14-18.70
アルコール乱用	5	6.9	0	0	464.39	0.01-∞
薬物依存	0	0	0	0		
薬物乱用	0	0	0	0		
大うつ病性障害	38	52.8	3	1.3	119.43	16.34-872.78
気分変調性障害	9	12.5	1	0.4	28.19	3.50-227.02
双極I型・II型	4	5.6	1	0.4	12.57	1.38-114.21
精神病性障害	7	9.7	2	0.8	9.78	1.99-48.08
パニック障害	2	2.8	0	0	261.60	0.00-∞
外傷後ストレス障害	0	0	0	0		
全般性不安障害	5	6.9	0	0	355.83	0.023-∞

条件付ロジスティック回帰分析

表 4. 事例群と対照群における心理社会的および精神医学的特徴の比較(女性)

女性(N=127)	事例群(N=31)		対照群(N=96)		オッズ比	95%信頼区間
	n	%	n	%		
年齢: 平均34.80歳 (SD±13.74)						
幼少期の経験						
学校でのいじめ・暴力	7	22.6	9	9.4	4.37	1.38-13.83
親の死・離婚	7	22.6	9	9.4	4.05	1.15-14.31
虐待・ネグレクト	2	6.5	4	4.2	1.63	0.26-10.46
		平均(SD)		平均(SD)		
学業年数	31	14.03(2.76)	95	14.08(2.24)	0.90	0.73-1.12
婚姻関連		%		%		
婚姻歴	15	48.4	54	56.3	0.36	0.10-1.30
離婚歴	1	3.2	5	5.2	0.61	0.06-6.55
就労関連						
就労状況	10	32.3	60	62.5	0.22	0.08-0.65
休職歴	4	12.9	16	16.7	0.38	0.08-1.84
経済的状况						
経済的問題	4	12.9	12	12.5	0.80	0.21-3.02
借金経験	2	6.5	12	12.5	0.28	0.03-2.31
返済困難な借金	0	0	2	2.1	0.04	0.00-∞
多重債務	0	0	0	0		
		平均(SD)		平均(SD)		
年収	30	624.63(439.37)	64	769.94(421.79)	1.00	1.00-1.00
身体的問題		%		%		
重篤な身体疾患歴	3	9.7	10	10.4	0.92	0.24-3.56
1ヶ月以内の不定愁訴	14	45.2	15	15.6	7.39	2.37-23.07
睡眠問題	27	87.1	16	16.7	19.44	5.76-65.60
精神的問題						
アルコール関連問題						
泥酔問題	1	3.2	4	4.2	0.73	0.08-7.08
精神的問題	1	3.2	1	1	2.00	0.13-31.98
身体的問題	1	3.2	2	2.1	1.24	0.11-13.99
対人関係問題	0	0	1	1	0.03	0.00-∞
日常生活問題	0	0	1	1	0.03	0.00-∞
		平均(SD)		平均(SD)		
飲酒量/日	16	1.97(1.71)	51	1.08(1.23)	1.08	0.64-1.83
		%		%		
家族内のアルコール問題	5	16.1	7	7.3	4.00	1.05-15.29
薬物使用問題	2	6.5	0	0	676.01	0-∞
自殺関連行動およびその家族歴						
希死念慮発信	24	77.4	3	3.1	493.98	4.77-∞
自傷歴	21	67.7	2	2.1	61.62	8.23-461.17
自殺未遂・自傷の家族歴	18	58.1	17	17.7	8.29	2.67-25-75
援助希求行動						
相談	33	74.2	3	3.1	65.23	8.75-486.00
心療内科受診	2	6.5	1	1	5.85	0.52-65.87
精神科受診	19	61.3	2	2.1	56.55	7.51-425.69
その他の診療科受診	0	0	0	0		
治療	22	71	2	2.1	358.24	3.03-∞
処方	20	64.5	2	2.1	327.76	2.45-∞
入院	7	22.6	0	0	245.02	0.13-∞
自立支援医療利用	13	41.9	0	0	341.37	0.84-∞
DSM-IV診断						
アルコール依存	0	0	1	1	0.03	0.00-∞
アルコール乱用	0	0	0	0		
薬物依存	1	3.2	0	0	434.45	0.00-∞
薬物乱用	0	0	0	0		
大うつ病性障害	14	45.2	0	0	506.60	0.45-∞
気分変調性障害	4	12.9	0	0	579.04	0.00-∞
双極I型・II型	3	9.7	0	0	306.65	0.00-∞
精神病性障害	9	29	0	0	484.30	0.10-∞
パニック障害	1	3.2	0	0	3031.76	0.00-∞
外傷後ストレス障害	0	0	0	0		
全般性不安障害	6	19.4	0	0	631.49	0.01-∞

条件付ロジスティック回帰分析

表 5. 事例群と対照群における心理社会的および精神医学的特徴の比較(男性)

男性(N=309)	事例群(N=71)		対照群(N=238)		オッズ比	95%信頼区間
	n	%	n	%		
年齢: 平均47.96歳(SD±13.97)						
幼少期の経験						
学校でのいじめ・暴力	16	22.5	27	11.3	2.19	1.07-4.49
親の死・離婚	10	14.1	25	10.5	1.25	0.53-2.96
虐待・ネグレクト	11	15.5	12	5	4.44	1.74-11.36
		平均(SD)		平均(SD)		
学業年数	71	13.23(3.03)	235	13.36(2.69)	1.00	0.89-1.12
婚姻関連		%		%		
婚姻歴	55	77.5	198	83.2	0.56	0.28-1.27
離婚歴	14	5.9	6	8.5	1.44	0.52-4.04
就労関連						
就労状況	53	74.6	204	85.7	0.39	0.17-0.88
休職歴	21	29.6	22	9.2	4.10	2.04-8.21
経済的状况						
経済的問題	29	40.8	43	18.1	3.05	1.65-5.65
借金経験	48	67.6	99	41.6	3.25	1.78-5.95
返済困難な借金	22	31	6	2.5	32.64	7.62-139.85
多重債務	15	21.1	5	2.1	15.22	4.34-53.46
		平均(SD)		平均(SD)		
年収	64	696.09(555.02)	166	592.54(323.67)	1.00	1.00-1.00
身体的問題		%		%		
重篤な身体疾患歴	19	26.8	29	12.2	2.67	1.35-5.30
1ヶ月以内の不定愁訴	43	60.6	28	11.8	12.24	5.88-25.48
睡眠問題	54	76.1	35	14.7	32.10	11.44-90.03
精神的問題						
アルコール関連問題						
泥酔問題	21	29.6	17	7.1	5.93	2.76-12.74
精神的問題	8	11.3	5	2.1	4.18	1.13-13.31
身体的問題	15	21.1	17	7.1	3.61	1.63-8.03
対人関係問題	10	14.1	6	2.5	5.72	1.88-17.42
日常生活問題	6	8.5	4	1.7	4.70	1.32-16.79
		平均(SD)		平均(SD)		
飲酒量/日	56	3.81(3.77)	176	2.46(1.86)	1.21	1.06-1.38
		%		%		
家族内のアルコール問題	13	18.3	25	10.5	1.79	0.88-3.62
薬物使用問題	7	9.9	2	0.8	12.86	2.63-62.99
自殺関連行動およびその家族歴						
希死念慮発信	39	54.9	6	2.5	147.52	17.66-1232.45
自傷歴	20	28.2	1	0.4	448.04	2.16-∞
自殺未遂・自傷の家族歴	39	54.9	50	21	7.38	3.59-15.19
援助希求行動						
相談	38	53.5	8	3.4	38.01	11.65-124.03
心療内科受診	7	9.9	4	1.7	11.84	2.43-57.66
精神科受診	26	36.6	2	0.8	40.46	9.54-171.60
その他の診療科受診	4	5.6	2	0.8	7.24	1.32-39.80
治療	33	46.5	4	1.7	52.10	12.43-218-43
処方	31	43.7	4	1.7	49.08	11.67-206.41
入院	7	9.9	0	0	672.89	0.01-∞
自立支援医療利用	10	14.1	2	0.8	27.92	3.49-223.55
DSM-IV診断						
アルコール依存	10	14.1	6	2.5	6.32	2.14-18.70
アルコール乱用	5	7	0	0	464.39	0.01-∞
薬物依存	1	1.4	0	0	169.48	0.00-∞
薬物乱用	0	0	0	0		
大うつ病性障害	36	50.7	3	1.3	111.37	15.2-815.98
気分変調性障害	8	11.3	1	0.4	23.28	2.83-191-42
双極I型・II型	2	2.8	1	0.4	7.89	0.71-87.99
精神病性障害	3	4.2	2	0.8	2.78	0.38-20.39
パニック障害	2	2.8	0	0	261.60	0.00-∞
外傷後ストレス障害	0	0	0	0		
全般性不安障害	6	8.5	0	0	464.65	0.03-∞

条件付ロジスティック回帰分析

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」
分担研究報告書
遺族支援のための情報提供に関する研究

研究分担者 川野 健治（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 川本 静香（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 菊池美名子（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 高井美智子（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 大林 裕司（一般社団法人心理支援ネットワーク心 PLUS）
研究協力者 福井 里江（東京学芸大学教育心理学講座）
研究協力者 福間 仁志（京都府健康福祉部福祉・援護課）

研究要旨：

【目的】本研究の目的は、持続的な心理学的剖検研究のための体制として、地域の自死遺族支援の多様なステークホルダーとの間で互恵的な関係を形成するために平成 27 年度に発足させた「CSP 自死遺族サポートネットワーク」（以後サポートネットワーク）を活用し、多様な情報発信の可能性について検討することである。

【方法】CSP 自死遺族サポートネットワークと協働して以下の①～⑤の情報発信を行い、その実施可能性等について検討した。①心理学的剖検研究の外部評価委員会の開催、②CSP 自死遺族サポートネットワーク参加者への論文紹介、③自死遺族支援者勉強会の開催、④一般企業等で利用できるポストベンションリーフレットの作成、⑤自殺予防プログラム評価ツールキットの作成

【結果および考察】外部評価委員会は、評価を受けた心理学的剖検チームにとっても大きな学びとなり、また外部評価委員として参加した自死遺族支援者・当事者にとっても、貴重な情報を得る機会となっていた。論文紹介や勉強会による科学的知見の提供については、肯定的な評価の半面で、抵抗感・違和感が示される場合があった。ポストベンションリーフレットの作成過程では、自殺事例・自殺情報を職域で扱う場合、「企業イメージ・社会的評価」が課題となることを見出された。自殺予防プログラム評価ツールキットも貴重な情報を含んでいるが、活用方法を検討していく必要がある。

【結論】外部評価委員会の設置は、心理学的剖検研究の継続において重要である。今後は、多領域間での協働やコミュニティ単位での取り組み、さらに評価説明といった点で、情報提供の方法をさらに検討していくべきである。

A. 研究目的

心理学的剖検は、故人の親しい人へのインタビューによって自殺の実態を明らかにするものである。したがって、その持続のためには、継続的に自死遺族に調査協力を依頼できる体制作りが大切である。同時に、心理学的剖検チームが自死遺族を支える社会資源とネ

ットワークを形成し、適切な情報発信を行うとともにフィードバックを得ることで、自死遺族支援の文脈においても、質が高くその重要性が認められる活動となることも重要と考えられる。

本研究の目的は、持続的な心理学的剖検研究のための体制として、地域の自死遺族支援

の多様なステークホルダーとの間で互恵的な関係を形成するために、平成 27 年度に発足させた「CSP 自死遺族サポートネットワーク」（以後サポートネットワーク）を活用し、多様な情報提供の可能性について検討することである。

B. 研究方法

本年度は、「CSP 自死遺族サポートチーム」（以後サポートチーム）が事務局として、東京・横浜地域の自死遺族支援に関連するグループ、個人が参加する CSP 自死遺族サポートネットワークと協働して以下の①～⑤の情報発信を行い、その実施可能性等について検討した。

① 心理学的剖検研究の外部評価委員会の開催

外部評価マネージャー 1 名と外部評価委員 5 名に依頼して、平成 27 年 6 月 19 日に会議を開催し、報告書を作成した。

② CSP 自死遺族サポートネットワーク参加者への論文紹介

サポートチームが、自死遺族支援に関連する海外の学術論文から月に一本のペースで選択して、平成 27 年 4 月、5 月、7 月、8 月、10 月、11 月に内容紹介を行った。

③ 自死遺族支援者勉強会の開催

論文紹介よりも専門性の高い情報提供の機会として、平成 27 年 8 月 3 日に複雑性悲嘆に関する勉強会を開催した。参加者にアンケートを実施した。

④ 一般企業等で利用できるポストベンションリーフレットの作成

京都府健康福祉部福祉・援護課との 2 回の対面会議（2015 年 6 月 8 日、10 月 27 日）を開催して、企業等で自殺が起こった直後の対応についてリーフレットを作成した。

⑤ 自殺予防プログラム評価ツールキットの作成

2013 年にランド研究所によって出版された「ランド自殺予防プログラム評価ツ

ールキット」（RAND Suicide Prevention Program Evaluation Toolkit）について、許可を得て、日本語に翻訳した。

（倫理面への配慮）

上記はいずれも、参加者の個人情報を扱ったり、侵襲的な負担をかけたりするものではない。

C. 研究結果

1. 心理学的剖検研究の外部評価委員会

心理学的剖検チームが自死遺族を支える社会資源とネットワークを形成し、適切な情報発信を行うとともにフィードバックを得る機会としての外部評価委員会を開催し、その実施可能性を検討した。

外部評価委員会は、自殺予防総合対策センター外の者の中から、評価マネージャー 1 名と評価委員 5 名をもって組織された。事務局はサポートチームが担当した。5 名の評価委員は、評価マネージャーとサポートチームの検討によって選出され、その内訳は、学識経験者 1 名、自死遺族支援者 4 名であり、うち 3 名はみずからも自死遺族である人とし、さらにそのうち 1 名は過去に実施された心理学的剖検研究における調査面接の経験者とした。

評価日は、平成 27 年 6 月 19 日であり、国立精神・神経医療研究センターユニバーサルホール 2 で実施された。

評価項目は、「1. 心理学的剖検研究の調査依頼」「2. 心理学的剖検研究の調査相談窓口」「3. 心理学的剖検研究の調査面接」「4. 調査面接後の支援」「5. 心理学的剖検研究全般」の 5 項目であった。

（付録 1：平成 26 年度心理学的剖検研究に関する外部評価委員会報告書）

指摘された課題のうち、次年度以降対応し得る点について、心理学的剖検の研究チームからヒアリングを行ったところ、以下の 5 点が確認された。協力者のご遺族にとって安心・安全に調査面接を行うために必要な配慮として、①調査依頼の際のパフレットの改

定、東京都観察医務院との連携強化、②調査日時を調整する際のマニュアル作成、③調査面接時の調査マニュアルの改訂。また調査面接後のフォローアップ体制として、④面接後のフォローアップ体制の仕組みづくり、研究知見の公表方法として、⑤各方面への成果報告。

(付録2 外部評価委員会報告書を受けての対応)

2. 学術論文について情報提供

サポートネットワークへの情報発信として、研究領域での情報を、自死遺族支援の関係者に、定期的に分かりやすく提供することを試みた。実際には近年発表された自死遺族支援に関連する研究論文から、支援現場にも情報価値があると判断したものを選び、日本語に要約して、メーリングリストで発信した。配信日ならびに内容は以下の通りである。

- ① 定期配信 Vol.1(平成 27 年 4 月 15 日配信)
「青年期・成人初期の子どもとの死別に関与する親の機能障害：1,051,515 名の親を対象にしたスウェーデンでの大規模調査」
- ② 定期配信 Vol.2(平成 27 年 5 月 18 日配信)
「自死遺族のストレス関連成長 (Stress-related growth)：対人関係および認知的要因の役割」
- ③ 定期配信 Vol.3(平成 27 年 7 月 13 日配信)
「自死遺族はオンラインの支援グループでどのようなコミュニケーションをとっているのか？」
- ④ 定期配信 Vol.4(平成 27 年 8 月 31 日配信)
「オンライン上での故人の追悼と自死後の悲嘆：追悼録の分析」
- ⑤ 定期配信 Vol.5(平成 27 年 10 月 5 日配信)
「子どもを自死で亡くした後の保健医療制度に対する信頼の欠如—スウェーデンにおける全国調査—」
- ⑥ 定期配信 Vol.6(平成 27 年 11 月 19 日配信)
「継続的な絆の特徴」

当初は、論文アブストラクトの日本語訳を提供することを想定していたが、専門用語や科学モデルによる記述を読み替える作業に加えて、①や②の論文において、自死遺族自身が医学的支援の対象となり得るという内容に対する抵抗感が、ネットワーク参加者から指摘された。そこで研究の概略の紹介に、サポートチームからのコメントを加える形式に変更した。これらの内容は、後日、自殺予防総合対策センターHP「いきる」においても、公開された。

3. 自死遺族支援者勉強会

論文紹介とは異なる、専門性の高い情報提供の機会として、平成 27 年 8 月 3 日に自死遺族支援のための勉強会第 1 回—複雑性悲嘆に対する理解—を開催した。サポートネットワークを対象にメーリングリストで希望を募った。参加者数は 33 名であった。内容は、国立精神・神経医療研究センターの中島聡美室長による複雑性悲嘆についての講演と、民間の自死遺族支援団体であるリヴオンの尾角光美代表による事例を交えたディスカッションであった。勉強会に対するアンケートで得られた回答を分析した結果、勉強会の参加者の内訳は、自死遺族支援者が 14 名、自死遺族が 8 名、研究者ならびに医療従事者が 5 名、行政関係者が 2 名、その他が 7 名、記入なしが 2 名であった(複数回答)。勉強会の情報をどこから入手したかについては、「自殺予防総合対策センターの HP」が 3%、「自殺予防総合対策センターの Facebook」が 14%、「サポートネットワークのメーリングリスト」が 29%、「友人・知人から」が 29%、「その他」が 14%、「記入なし」が 11%であった。また、第 1 部(複雑性悲嘆についての理解)の講義内容のわかりやすさについては、「簡単だった」が 7%、「適切だった」が 84%、「難しかった」が 3%、「どちらともいえない」が 3%、「記入なし」が 3%であった(図 1～図 3)。

4. 一般企業等で利用できるポストベンション