

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、年齢階級（±5歳）が一致する一般住民（以下、「本人」と呼ぶ）を、住民基本台帳から30名抽出し、本人に依頼状を送付した後、研究者が実施した研修を受講した調査員が自宅を訪問し、調査への参加を依頼した。その際、まず2つのことを本人に確認した。1つは、自殺企図歴の有無であり、自殺企図歴がある場合にはその者を調査対象から除外した。もう1つは、回答者となる同居者がいるかどうかである。この場合の同居者とは、本人と同居していた者のうち、優先順位（配偶者、父母、子、その他の順）によって選ばれ、調査の協力の得られた成人1名とした。同居者がいない場合には、本人を調査対象から除外した。したがって優先順位が最も高い同居者が未成年である場合には、次に高い優先順位で同居している成人同居者を選択した。もしも次の優先順位に該当する同居者がいない場合には、本人を調査対象から除外した。本人に対して、回答者となる同居者への調査への承諾を書面で得た後、同居者に調査を依頼し、書面で同意を得た上で、面接調査を実施した。1事例あたりの対照者数が6人になるか、あるいは用意した30人のリストすべてに調査依頼するまで調査を実施した。

事例群47例のうち31例の対照については2009年10～11月に、事例群16例の対照については2012年8～9月に調査が実施され、最終的に155の対照から回答を得た。1事例あたりの対照数は平均3.3（標準偏差1.2）、最大6、最小2であった。

3. 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、家族構成、死亡状況、生活歴、仕事上の問題、経済的問題、身体疾患、精神障害、援助希求に関する質問から構成されていた²¹⁾。

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^{12,33)}、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。基礎調査では物質使用障害、気分障害、精神病的障害、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。さらに面接のなか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-IV³⁾に準拠した最終的な臨床診断を行った。

2) 対照群

対照群の調査は、独自に作成された調査票を使用し、研究者が実施する研修を受講した調査員が、被験者に対して訪問面接調査を行った。調査票は基礎調査で収集された自殺既遂事例と一般住民との比較を行うために、平成21年度に生存一般住民を対象に実施した「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²²⁾」において作成した調査票を用いた。

面接場所は回答者の自宅を主として、回答者の指定した場所であった。面接調査中に質問項目の内容によって回答者が精神的に不安定になった場合は、調査員が面接の続行の可否を判断し、続行不可能な場合にはすぐに面接を中止し、回答者の同意を得た上で自殺予防総合対策センターへ連絡して適切な情報提供ができる体制を整えた。

なお、本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理審査委員会および国立精神・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。調査に先立ち、調査対象者および回答者の双方に対して口頭および書面で調査説明を行い、書面による調査への協力の同意を得て実施した。

4. 統計解析

事例群と対照群の2群間で、以下に示す変数について割合を比較した。まず、人口動態学的変数として離婚歴の有無について、社会経済学的変数として死亡時点（対照群は調査時点）における就労状況（有職・無職）、死亡時点（対照群は調査時点）の経済的問題の有無、過去1年の返済困難な借金の経験の有無について比較を行った。そして、構造化面接によるDSM-IV精神障害診断の

表1 事例群と対照群における自殺のリスク要因

	事例群		対照群		二変量解析		多変量解析 N=199(事例群47, 対照群152)			
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	P値	オッズ比 (95%CI)	P値	調整済オッズ比 (95%CI) ¹⁾	調整済オッズ比 (95%CI) ²⁾	
離婚歴	47		153							
あり		2(4.3)		10(6.5)	0.696	0.72(0.14-3.66)	0.687	1.74(0.12-25.70)	0.55	2.38(0.14-41.67)
なし		45(95.7)		143(93.5)						
就労状況	47		155							
有職		33(70.2)		126(81.3)	0.037	0.34(0.12-0.94)	0.165	0.37(0.09-1.51)	0.162	0.36(0.09-1.51)
無職		14(29.8)		29(18.7)						
死亡時(調査時)の経済的問題	47		155							
あり		16(34.0)		27(17.4)	0.015	2.58(1.20-5.54)	0.937	0.94(0.22-4.11)	0.609	0.67(0.15-3.10)
なし		31(66.0)		128(82.6)						
過去1年の返済困難な借金	47		154							
あり		11(23.4)		3(1.9)	0.001	36.82(4.72-287.42)	0.019	36.91(1.81-750.94)	0.010	112.79(3.11-4093.83)
なし		36(76.6)		151(98.1)						
何らかの精神障害への罹患	47	33(70.2)	155	9(5.8)	<0.001	32.30(9.82-106.29)	<0.001	29.49(7.67-113.41)		
物質使用障害	47	8(17.0)	155	5(3.2)	0.004	5.90(1.75-19.90)			0.034	11.48(1.21-109.43)
気分障害	47	25(53.2)	155	2(1.3)	<0.001	81.22(10.94-603.01)			<0.001	143.02(11.85-1725.95)
精神病性障害	47	2(4.3)	155	1(0.6)	0.214	4.61(0.41-51.31)			0.900	7.55(0.00-∞)
不安障害	47	4(8.5)	155	1(0.6)	0.029	11.69(1.27-106.93)			0.639	0.42(0.11-15.60)

事例群で欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数毎に解析から除外した。

分析において、従属変数では事例群【1】対照群【0】とした。独立変数では「あり」「有職」「精神障害の罹患あり」を【1】、「なし」「無職」「精神障害の罹患なし」を【0】とした。

- 1) 4つの精神障害は多変量解析に含めていない。
- 2) 何らかの精神障害への罹患は多変量解析に含めていない。

比較を行った。なお経済的問題は、「家族から見て、生活費やお金のことで困っている状態」、過去1年の返済困難な借金は「家族から見て、家計に悪影響を及ぼすほどの借金が、死亡前(対照群は調査前)の1年間に存在している状態」として定義した。

両群間での頻度の差は、1対1あるいは1対kのマッチングに適用可能な解析手法である条件付きロジスティック回帰分析を用いて検定し、オッズ比(OR)とその95%信頼区間(CI)を算出した。統計解析はSPSSのCOXREGを用いて2群(対照群【0】事例群【1】)を従属変数に、上記変数を独立変数にして、二変量解析および多変量解析を強制投入法で実施した。統計的検定における有意水準は0.05とした。

なおデータに欠損値が存在したが、解析ごとに、それに用いる変数のいずれかに欠損のあった者は、その解析から除外することで処理することとした。このため、解析ごとに対象者数は多少異なる。解析ごとの対象人数は本文または表に示した。

Ⅲ. 結 果

事例群の平均年齢(標準偏差)は48.7(15.0)歳、対照群の平均年齢は49.6(14.4)歳とほぼ等しい。

表1に、事例群と対照群との間での二変量解析および多変量解析の結果を示した。二変量解析の結果、事例群において有職の割合が有意に低かった($p < 0.05$, $OR = 0.34$, $95\% CI : 0.12-0.94$)。また、事例群は、経済的問題($p < 0.05$, $OR = 2.58$, $95\% CI : 1.20-5.54$)、過去1年の返済困難な借金($p < 0.01$, $OR = 36.82$, $95\% CI : 4.72-287.42$)の経験率が有意に高かった。さらに、DSM-IV精神障害診断による何らかの精神障害への罹患($p < 0.001$, $OR = 32.30$, $95\% CI : 9.82-106.29$)、物質使用障害($p < 0.01$, $OR = 5.90$, $95\% CI : 1.75-19.90$)、気分障害($p < 0.001$, $OR = 81.22$, $95\% CI : 10.94-603.01$)、不安障害($p < 0.05$, $OR = 11.69$, $95\% CI : 1.27-106.39$)の割合が有意に高い。

多変量解析の結果、過去1年の返済困難な借金

の経験 ($p < 0.05$, $OR = 36.91$, $95\% CI : 1.81-750.94$) と何らかの精神障害への罹患 ($p < 0.001$, $OR = 29.49$, $95\% CI : 7.67-113.41$) が自殺との有意な関連が認められた。さらにどの精神障害が自殺と関連しているか検討するために、何らかの精神障害への罹患を4つの精神障害(物質使用障害, 気分障害, 精神性病性障害, 不安障害)に置き換えて行った多変量解析では、過去1年の返済困難な借金の経験 ($p < 0.05$, $OR = 112.79$, $95\% CI : 3.11-4093.83$), 気分障害 ($p < 0.001$, $OR = 143.02$, $95\% CI : 11.85-1725.95$), 物質使用障害 ($p < 0.05$, $OR = 11.48$, $95\% CI : 1.21-109.43$) が、自殺との有意な関連が認められた。なお気分障害25名における内訳は、大うつ病性障害22名, 気分変調性障害1名, 双極性障害2名であった。また物質使用障害8名における内訳は、アルコール使用障害7名, 薬物使用障害1名であった。

IV. 考 察

本研究は、心理学的剖検の手法を用いて収集したデータをもとに、症例対照研究のデザインにより、過去に自殺企図歴のない成人男性の自殺のリスク要因について検討を行ったものである。

多変量解析の結果、何らかの精神障害への罹患が、過去に自殺企図歴のない成人男性の自殺と有意に関連していることが明らかにされた。本研究における何らかの精神障害への罹患によるオッズ比は、海外の症例対照研究⁹⁾のオッズ比(約28.7, $95\% CI : 8.65-94.98$)と同程度の大きさであった。この結果は、女性を含めたわが国における自殺の心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究の知見とも一致しており¹⁹⁾、精神障害への罹患が自殺の重要な危険因子であることは、対象を過去に自殺企図歴のない成人男性の自殺既遂者に限定しても変わらないことを示している。

さらに、具体的な精神障害の診断と自殺との関連について検討した多変量解析では、気分障害と物質使用障害が過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺の重要な危険因子であることがわかった。本研究における各オッズ比は、メタ分析による先行研究³⁰⁾で示されたオッズ比(気分障害:

約6.6, $95\% CI : 2.65-16.28$, 物質使用障害: 約3.87, $95\% CI : 1.85-8.13$)よりも大きくなっており、特に気分障害においてその差が顕著であった。これは、わが国の一般人口における気分障害の有病率が海外に比べて低い一方で⁷⁾、自殺既遂事例群における気分障害の有病率はむしろ海外の先行研究よりも高かったことが影響している可能性がある。

また、物質使用障害については、その大半の事例で問題となっている精神作用物質はアルコールであったことから、この結果はアルコール使用障害の存在が成人男性における自殺の危険因子であることを示すものと考えられる。海外にはアルコール使用障害と男性の自殺との密接な関連を指摘する研究は多く^{10, 11, 25)}、気分障害とアルコール使用障害とが併存した場合には自殺リスクはそれぞれ単独の場合とは比較にならないほど顕著に高まることも指摘されており¹³⁾、特にこの両障害の併存には十分な注意を払うことが、成人男性の自殺予防では重要なポイントとなろう。

ちなみに、この文脈で興味深いのは、心理学的剖検の手法を用いたカナダの研究²⁷⁾である。それによれば、うつ病に罹患した状態で死亡した自殺既遂者のなかで、初回うつ病エピソードで自殺既遂に至った者は、2回目以降のうつ病エピソードで自殺死亡に至った者よりも、自殺前における飲酒量の増加が急激であったという。この初回うつ病エピソードと初回自殺企図とは同義ではないものの、多少重複している可能性がある点で重要と思われる。

さて、本研究では、精神障害とともに返済困難な借金といった要因も成人男性が初回自殺企図により自殺既遂となることの危険因子であることが明らかにされた。返済困難な借金の存在は、海外の症例対照研究においても独立した自殺のリスクとして報告されているが(オッズ比約10.1, $95\% CI : 2.31-44.04$)⁹⁾、本研究で得られたオッズ比は、こうした先行研究の数値よりもはるかに大きいだけでなく、本研究における他の変数のいずれよりも大きな値を示した。すでに我々は、自殺既遂事例の検討から、返済困難な借金の存在が有職者の自殺既遂者の特徴の1つである可能性を指摘して

いるが²⁹⁾、本研究はそのことを症例対照研究の手法を用いて確認するとともに、成人男性の初回自殺企図による自殺死亡を防ぐには、精神保健的対策だけでなく、特にこの問題が重要であることを示したものと見えよう。すでにわが国では、多重債務問題改善プログラムに沿って関係省庁、関係機関により多重債務者対策が進められつつあるが²⁸⁾、本研究はそうした取り組みの重要性を確認したといえる。

本研究の結果を端的に表現すれば、「うつ病」「アルコール問題」「借金」は、「男性の自殺を取り巻く死のトライアングルである」ということになろう。この結果は、すでに様々な研究で指摘されてきたこととはいえ、自殺既遂者を対象とした症例対照研究のデザインによって明らかにした研究は、国内では他に存在しない。そして、この3つの要因のなかでも、そのオッズ比は返済困難な債務で最も大きく、債務処理を担う弁護士や司法書士と精神保健的援助者との連携の必要性が改めて確認されたことも重要である。また、これまでそのような連携ではともすれば「うつ病」ばかりに焦点が当てられ、「アルコール問題」が欠落しがちであったことに警鐘を鳴らす知見を得たことの意義もある。以上より我々は、男性の自殺予防のためには今後2つの具体的な支援強化が必要と考えている。1つは、司法書士などの債務処理支援の場に訪れた男性に対しては、うつ病などの気分障害だけでなく、アルコール問題に注意を払い、速やかな精神科医療との連携を図ることであり、そしてもう1つは、精神科医療機関におけるうつ病診療においては、アルコール問題のスクリーニングと指導を徹底するとともに、借金に関する質問を積極的に行っていくことである。

なお、本研究では、多変量解析では有意な関連を持つ要因としては抽出されなかったものの、二変量解析においては無職であること、経済的問題、ならびに不安障害もまた、初回自殺企図が既遂となってしまう成人男性の自殺の間接的なリスク要因であることが示唆された。無職者の自殺リスクの高さは国内外の研究からも報告されており^{9, 29, 31)}、過去に自殺企図歴のない男性でも同様の傾向であることが示唆された。無職は経済的困

窮、ソーシャル・サポートの欠如とも結びつきやすく、その予防が自殺予防にもつながると考えられる。また、多くの先行研究が自殺のリスク要因として経済的問題を同定しており^{4, 8)}、世帯負債比率が自殺率に影響を与えるという指摘もある²⁹⁾。その意味では、生活困窮状態からの脱却を可能にするような、経済的問題への早期介入に向けた相談支援の充実や、生活・就労などの各種支援が必要といえるであろう。また、不安障害については、うつ病患者において高い併存率が報告されており¹⁶⁾、大うつ病性障害に全般性不安障害の症状が併存した場合に自殺リスクが高くなるという指摘³⁰⁾もあることから、成人男性における自殺の危険因子として考慮すべき要因といえる。

最後に本研究の限界について述べておきたい。本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも重要なものを以下に列挙したい。(1) サンプルサイズの小ささと対象の代表性の問題：本研究では調査対象者数が少なく、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によるものではない。(2) 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はなく、周囲の者からの情報収集となるため、申告バイアスを完全には除外できず、たとえば、家族も知らない自殺企図歴は考慮できていない。(3) 研究デザイン上の制約から、家族のない独居者の情報が収集できない。(4) 自殺発生から数年以上経過した後には調査を実施した事例も含まれていたことから想起バイアスが混入した可能性を除外できない。(5) 調査員および回答者ともに調査目的や当該の面接が事例群・対照群のどちらを調査しているのかについても知っていることから、回答にあたって心理的誘導の影響を完全には除外できない。(6) 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から、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も考慮する必要がある。(7) 本研究では、閾値下の精神障害を含め、評価できていない精神障害が数多く存在する可能性が否定できない。(8) 過去に自殺企図歴のある男性自殺既遂者との比較検討を行う必要がある。

いうまでもなく、過去の自殺企図歴は重大な自

殺のリスク要因ではあり、未遂者の再企図防止のための介入はきわめて意義ある自殺予防対策である。しかしその一方で、初回自殺企図が既遂となってしまうパターンが多い成人男性の場合、そうした対策による恩恵は限定的なものとならざるをえない。その意味で、様々な研究手法上の限界があるとはいえ、初回自殺企図が既遂となった成人男性における自殺の危険因子を同定し、男性の自殺対策に活かそうという本研究の試みには重要な臨床的意義があると思われる。

謝 辞

調査にご協力いただきましたご遺族の方々、対照群の本人、ご家族に心からお礼申し上げます。ならびに事例群の調査実施にご協力をいただいた各都道府県政令指定都市職員の方々に厚くお礼申し上げます。

なお、本研究は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者総合対策研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺予防対策の確立に関する研究」(研究代表者:加我牧子)による成果である。

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) 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み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, 20; 82-93, 2011.
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
- 4) Arsenauly-Lapierre, G., Kim, C. and Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4; 37, 2004.
- 5) Bertolote, J.M. and Fleischmann, A.: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry, 1; 181-185, 2002.
- 6) Bostwick, J.M. and Pankratz, V.S.: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am. J. Psychiatry, 157; 1925-1932, 2000.
- 7) Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I. et al.: Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Medicine, 9; 90, 2011.
- 8) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol. Med., 33; 395-405, 2003.
- 9) Chen, E.Y.H., Chan, W.S.C., Wong, P.W.C. et al.: Suicide in Hong Kong: a case-control psychological autopsy study. Psychol. Med., 36; 815-825, 2006.
- 10) Cherpitel, C.J., Borges, G.L. and Wilco, H.C.: Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of literature. Alcohol. Clin. Exp. Res., 28 (5 Suppl.); 18S-28S, 2004.
- 11) Coêlho, B.M., Andrade, L.H., Guarniero, F.B. et al.: The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr., 32; 396-408, 2010.
- 12) Conner, K.R., Conwell, Y. and Duberstein, P.R.: 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 Psychiatr. Scand., 104; 452-457, 2001.
- 13) Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M. et al.: Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am. J. Psychiatry, 162; 2116-2124, 2005.
- 14) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry, 170; 205-228, 1997.
- 15) 橋本康男, 竹島正: 自殺増加の社会的要因についての検討. 平成16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)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, p.37-44, 2004.
- 16) Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson, F.S. et al.: Epidemiology of major depressive disorder results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. Arch. Gen. Psychiatry, 62; 1097-1106, 2005.
- 17) Hawton, K. and van Heeringen, K.: Suicide. Lancet, 373; 1372-1381, 2009.
- 18) Hintikka, J., Kontula, O., Saarin, P. et al.: Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. Acta Psychiatr. Scand., 98; 493-496, 1998.
- 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., 140; 168-175, 2012.
- 20) 保坂隆 (研究代表者): 平成17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) 「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」 総括研究報告書, 2006.
- 21) 加我牧子 (研究代表者): 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, 東京, 2008.
- 22) 加我牧子 (研究代表者): 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, 東京, 2010.
- 23) 加我牧子 (研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金 (障害者総合対策研究事業) 「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺予防対策の確立に関する研究」 平成22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, 東京, 2011.
- 24) 金子能宏, 篠崎武久, 山崎暁子: 自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果. 季刊社会保障研究, 40; 75-87, 2004.
- 25) Makela, P.: Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 91; 101-112, 1996.
- 26) Mann, J.J.: A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann. Intern. Med.*, 136; 302-311, 2002.
- 27) McGirr, A., Renaud, J., Séguin, M. et al.: Course of major depressive disorder and suicide outcome: a psychological autopsy study. *J. Clin. Psychiatry*, 69; 966-970, 2008.
- 28) 内閣府: 平成24年版自殺対策白書, 2012.
- 29) Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y. et al.: Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360; 1728-1736, 2002.
- 30) 佐々木健至, 岩田健, 佐々木皆里ほか: 手段の生命的危険度による自殺関連行動患者の分析. *精神医学*, 51; 521-531, 2009.
- 31) 山内貴史, 藤田利治, 立森久照ほか: 自殺死亡に対する職業および配偶関係の相乗的関連. 厚生 の指標, 58 (11); 8-13, 2011.
- 32) Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K. et al.: Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ. Health Prev. Med.*, 13; 243-256, 2008.
- 33) Zhang, J., Conwell, Y., Wiczorek, W.F. et al.: Studying Chinese suicide with proxy-based data: reliability and validity of the methodology and instruments in China. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 191; 450-457, 2003.
- 34) Zimmerman, M. and Chelminski, I.: Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? *Am. J. Psychiatry*, 160; 504-512, 2003.

研究

と

報告

中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

勝又陽太郎¹⁾赤澤正人²⁾松本俊彦³⁾

小高真美

亀山晶子⁴⁾白川教人⁵⁾五十嵐良雄⁶⁾尾崎 茂⁷⁾深間内文彦⁸⁾

榎本 稔

飯島優子⁶⁾竹島 正³⁾

抄録

精神医学 56 : 199-208 2014

うつ病は自殺既遂の重要な危険因子とされているが、これまでのところうつ病で精神科外来治療を受けている中年男性を対象とした研究は見当たらない。そこで本研究では、精神科外来受診歴を持つ中年男性うつ病患者の自殺のリスク要因について、心理学的剖検を用いた症例対照研究のデザインで検討を行った。

本研究の結果、事例群に比べて対照群において休職歴を持つ者の割合や精神科治療を受けるにあたって自立支援医療(精神通院医療)を利用している者の割合が有意に高いという結果が得られた。本研究は予備的な検討にとどまるものの、うつ病という重大な自殺の危険因子を抱えながら精神科に受診している中年男性の場合には、休職や自立支援医療の利用といった環境調整の手続きを丁寧に行うプロセス自体が、恥やプライドを含む男性特有の防衛的構えを和らげ、本人の治療への動機付けを高め、結果的に自殺予防につながる可能性が推測された。

Key words

Suicide, Risk factors, Psychological autopsy, Middle-aged men, Depressive disorder

はじめに

うつ病の予防、ならびに早期発見・早期治療は自殺予防対策における重要な位置を占めている。こうした対策の根拠となっているのが、自殺既遂の危険因子としてうつ病がきわめて重要であるに

もかわらず^{3,5,14)}、自殺既遂者やうつ病に罹患している者の多くが適切な精神医学的な治療を受けていないという先行研究の知見⁶⁾である。そこで、わが国においても、1998年の自殺者急増以降、厚生労働省中心にうつ病対策が積極的に推進され^{24,25,26)}、全国各地でうつ病の早期発見・早期治

2013年1月30日受稿, 2014年1月21日受理

* Risk Factors for Suicide in Middle-aged Men with Depressive Disorder : A preliminary case-control study using psychological autopsy method

- 1) 新潟県立大学人間生活学部子ども学科 (☎ 950-8680 新潟県新潟市東区海老ヶ瀬 471), KATSUMATA Yotaro : Department of Child Studies, Faculty of Human Life Studies, University of Niigata Prefecture, Niigata, Japan
- 2) 以下の著者所属, 英文表記は文末に記載

療を推進するための普及・啓発事業が展開されてきた。こうした事業の成果により、精神科通院患者数は確実に増加している^{23, 35, 38)}。

しかし、こうした努力にもかかわらず、わが国の自殺者数は依然として急増以前の水準には回復していない。それどころか、近年では、単にうつ病の疑いのある人を精神科医療につなぐだけでは自殺予防対策として不十分ではないかという批判も聞かれるようになった⁴⁰⁾。実際、東京都⁴¹⁾や全国自死遺族連絡会²¹⁾の調査、あるいは我々の調査¹⁵⁾では、精神科治療につながっていた自殺既遂者が少なくなかったことが明らかにされている。これらは、「精神科につなぐ」だけでなく、「つないだ後の精神科治療のあり方」を検討する必要があることを示唆する知見と理解することもできる。その意味では、今後の自殺予防においては、従来の「うつ病は自殺のリスク」という総論的な予防・啓発から一歩進めて、「どのようなうつ病患者が特に自殺リスクが高く、どのような治療・援助を提供すべきなのか」という各論的な議論を深める必要があるように思われる。

ところが、我々が知り得た限り、わが国には、精神科治療中のうつ病患者における自殺の危険因子を検討した研究は存在せず、したがって、我々は、上述の「どのようなうつ病患者が特に自殺リスクが高いのか」という問いに対する答えを持っていない。一方、海外ではうつ病患者の自殺の危険因子に関する多数の研究が存在する。その中でも、うつ病の重症度の高さや過去の自殺企図歴は最も重要なリスク要因である^{4, 7, 12, 16, 33, 37)}。あるメタアナリシスによれば⁵⁾、自殺行動を伴わずに入院した気分障害患者群では自殺死亡の確率が4.0%であったのに対し、自殺念慮や自殺企図を呈して入院となった患者の場合には自殺死亡の確率が8.6%にまで高まるといふ。しかし、注目すべきなのは、うつ病の重症度の高さや過去の自殺企図歴の他にもリスク要因が存在することである。たとえば、若年、男性、低収入、社会的ネットワークの規模が小さい、といった人口動態学的要因や心理社会的要因の影響を指摘する研

究^{16, 37)}、あるいは、パーソナリティ障害、アルコール使用障害、不安障害といった他の精神障害の併存などが、うつ病患者の自殺のリスク要因として同定されている^{4, 11, 12, 37)}。

いま述べた、うつ病の重症度や自殺企図歴以外のリスク要因の同定は、とりわけ1998年の自殺急増が中高年男性を中心として起こったわが国の場合には、ことに重要である。まず、警察庁の統計によれば³¹⁾、わが国の男性自殺既遂者のうち、過去に自殺企図歴の存在が判明しているのは2割程度でしかなく、過去の自殺企図歴以外のリスク要因を同定しなければ、男性の自殺予防には実効性を持たない可能性がある。また、わが国における中高年男性の自殺の背景には、借金や生活苦、過重労働などの社会経済的問題が無視できないが^{13, 22, 43)}、現状では、そうした問題がうつ病患者の自殺リスクに与える影響は不明であり、うつ病診療に活用できる知見となっていない。さらに、男性の場合には援助希求行動の乏しさや消極的な受療行動も治療を進める上での阻害要因となり得るが²⁷⁾、そのような行動パターンが臨床上どのような現象として表現されるのかも不明である。

そこで、今回我々は、精神科治療中の中高年男性うつ病患者における自殺のリスク要因を明らかにするために、心理学的剖検の手法を用いて収集した自殺既遂事例のうち、死亡前にうつ病性障害への罹患が推測され、かつ精神科外来を受診していた中高年男性の自殺既遂事例を抽出し、性別・年齢階級を対応させた精神科外来受診中の生存うつ病性障害患者との比較・検討を試みた。

方法

1. 研究デザイン

本研究は、症例対照研究(case-control study)の研究デザインで実施された。すでに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死亡例(以下、事例群)に対して、性別、年齢階級(±5歳)を対応させた対照群への調査を新たに実施し、

収集されたデータを事例群のデータと比較することで各要因と自殺との関連性を明らかにした。なお、1 事例あたりの対照数は 1~2 となるように計画された。

2. 研究対象

1) 事例群

対象となる事例群は、全国 53 の精神保健福祉センターの協力のもと、自殺実態分析室にて 2007 年 12 月から実施している心理学的剖検(自殺予防と遺族支援のための基礎調査)^{18,19,20)}で収集された事例である。事例群において、2010 年 12 月末までに調査が終了した 88 事例のうち、死亡時にうつ病性障害(DSM-IV²⁾)の臨床診断に該当すると推測された事例が 48 事例存在した。この 48 事例の中から、30~59 歳の男性事例で、死亡前 1 年間に精神科受診が認められた 16 事例を抽出し本研究の対象とした。16 事例の平均年齢は 45.8 歳(標準偏差 8.8)であった。

2) 対照群

調査対象となる生存うつ病患者は、調査時点で継続的に精神科の外来通院治療を行っていた 31~56 歳の男性であり、主治医によって DSM-IV²⁾のうつ病性障害に該当すると診断がなされた者とした。また、対象者は過去 1 年間に自殺念慮・自殺企図歴がないことが主治医によって確認された者とした。なお、本研究では、情報収集源となる同居者が存在し、主治医から調査参加許可が得られた者を研究対象者とした。

調査に先立ち、東京都内の複数の病院、診療所に調査協力を依頼し、上記基準を満たした患者に対して主治医または自殺実態分析室に所属する調査員(調査員の詳細は後述)から調査依頼を行った。同居者への調査についての承諾を書面により調査対象者本人から得た後、情報収集源となる同居者(以下、回答者とする)に対して主治医または調査員から協力依頼および調査説明を行い、書面にて同意を得た。なお、回答者は、本人と同居している者あるいは同居に準じる程度の頻繁な接触がある者(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。

対照群の調査は、2011 年 8~12 月に実施された。結果として、16 事例に対して 19 の対照から回答を得た。

3. 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、事前に遺族支援の内容を含む 3 日間のトレーニングを受講した精神科医師と保健師などの 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を日本の状況に即して改良したものであり、家族構成、死亡状況、生活歴、仕事上の問題、経済的問題、身体疾患、精神障害、援助希求に関する質問から構成されていた¹⁸⁾。

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^{8,44)}、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。「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」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-IV²⁾に準拠した最終的な臨床診断を行った。

2) 対照群

対照群の調査員は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研究者が務めた。調査面接は調査員 2 名で実施し、2 名のうち 1 名は精神科医療機関での臨床経験を有するソーシャルワーカーあるいは臨床心理士が含まれるようにシフトを組み、調査時の回答者の精神的動揺などに対応できる体制を整えた。

調査員は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。調査票は「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」で収集された自殺既遂事例と一般生存住民との比較を行うた

めに、2009年度に生存一般住民を対象に実施した「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」¹⁹⁾において作成した調査票を用いた。

面接場所は回答者の自宅、通院先の病院・クリニック、自殺予防総合対策センター、回答者の指定した喫茶店などであり、面接時間は平均99.6分(標準偏差15.9)であった。面接調査中に質問項目の内容によって回答者が精神的に不安定になった場合は、調査員が面接の続行の可否を判断し、続行不可能な場合にはすぐに面接を中止し、回答者の同意を得た上で主治医に連絡し、ケアを提供できる体制を整えた。

なお、本研究は、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。調査に先立ち、調査対象者および回答者の双方に対して口頭および書面で調査説明を行い、調査への協力の同意を得て実施した。

4. 統計解析

事例群と対照群の2群間で、以下に示す変数について頻度(割合%)あるいは平均値(標準偏差SD)を比較した。まず、人口動態学的変数として年齢および婚姻・離婚歴の有無を比較した。次に、社会経済学的変数として、就労状況、過去の転職経験、1か月以上の休職歴、過去の配置転換による悩みの有無、過去1年間の世帯年収、経済的問題の有無、生活保護などの受給の有無、無計画な浪費の有無、ローンなども含めた借金経験、返済困難な借金経験の有無について比較を行った。さらに、うつ病性障害以外の精神疾患の有病率を比較するとともに、これまで国内の研究で中高年男性の自殺との関連性が指摘されている^{1,30)}アルコール関連問題や飲酒頻度・飲酒量(過去1年間)についても併せて比較を行った。また、過去1年間の精神科医療機関への受診状況に関する変数として、過去1年間の処方の有無、入院経験の有無、治療・服薬中断の有無、入院拒否の有無、自立支援医療(精神通院医療:以下、自立支援医療)の利用の有無について比較を行った。なお、本研究の対象選定におけるうつ病性障害の診断は両群ともに精神科医師による臨床診断に基づいている

が、重複障害の診断に関しては調査票の構造化面接による診断に基づいて行った。本研究においては、調査の中で構造化面接による診断を行い、かつ先行研究でうつ病性障害の自殺のリスク要因とされている不安障害とアルコール使用障害に限定して重複診断の比較検討を行うこととした。

両群の間での頻度あるいは平均値の差は、1対1あるいは1対 k のマッチングに適用可能な解析手法である条件付きロジスティック回帰分析を用いて検定した。比較する変数がカテゴリ変数の場合には、オッズ比とその95%信頼区間を算出した。なお、統計解析はSPSSのCOXREGを用いて実施し、統計的検定における有意水準は $\alpha=0.05$ とした。

結果

表1に両群間の人口動態学的変数および社会経済学的変数の比較結果を示した。まず、年齢や婚姻・離婚歴といった人口動態学的変数に関しては、両群間で統計的有意差は認められなかった。また、就労状況や世帯年収などの社会経済学的変数に関しては、対照群のほうが事例群に比べて1か月以上の休職を経験している者の割合が有意に高い($p=0.033$ OR=0.10)という結果が認められたものの、それ以外の変数については統計的有意差は認められなかった。

表2には、精神医学的問題および精神科医療機関における治療の状況の比較結果を示した。対象者のうつ病性障害に合併する他の精神障害(不安障害とアルコール使用障害)に関しては、両群間の有病率に統計的有意差は認められなかった。また、過去1年間の精神科医療機関における治療・援助の状況に関しては、過去1年以内の処方の有無や入院経験の有無といった治療の内容、および過去1年以内の治療・服薬の中断や入院拒否といった受療状況に関連した変数において両群間で有意差は認められなかった。その一方で、自立支援医療の利用の有無に関しては、事例群と対照群の間で統計的有意差が確認され($p=0.047$ OR=0.12)、自立支援医療の利用があった場合に、

表 1 人口動態学的変数および社会経済的変数に関する比較

	事例群 (n=16)		対照群 (n=19)		p 値	オッズ比 (95%CI)
	人数	平均 (SD) / 該当者数 (%)	人数	平均 (SD) / 該当者数 (%)		
年齢 (平均)	16	45.8 (8.8)	19	44.1 (6.3)	0.218	
婚姻歴	16		19			
	あり	11 (68.8)		16 (84.2)	0.227	0.35 (0.06-1.94)
	なし	5 (31.2)		3 (15.8)		
離婚歴	16		19			
	あり	1 (6.2)		4 (21.1)	0.267	0.27 (0.03-2.70)
	なし	15 (93.8)		15 (78.9)		
就労状況	16		19			
	被雇用者	11 (68.8)		15 (78.9)	0.445	1.35 (0.63-2.87)
	無職者	5 (31.2)		4 (21.1)		
転職経験	16		19			
	あり	12 (75.0)		7 (36.8)	0.061	4.47 (0.93-21.40)
	なし	4 (25.0)		12 (63.2)		
1 か月以上の休職経験	15		17			
	あり	6 (40.0)		15 (88.2)	0.033	0.10 (0.01-0.84)
	なし	9 (60.0)		2 (11.8)		
過去の配置転換の悩み	13		15			
	あり	8 (61.5)		6 (40.0)	0.283	2.56 (0.46-14.29)
	なし	5 (38.5)		9 (60.0)		
世帯年収 (万円)	15	715.9 (409.5)	15	591.3 (289.4)	0.457	
生活保護・障害年金・老 齢年金いずれかの受給	16		19			
	あり	4 (25.0)		2 (10.5)	0.204	4.23 (0.46-39.14)
	なし	12 (75.0)		17 (89.5)		
経済的問題	16		19			
	あり	4 (25.0)		8 (42.1)	0.478	0.59 (0.14-2.52)
	なし	12 (75.0)		11 (57.9)		
無計画な浪費	16		19			
	あり	2 (12.5)		3 (15.8)	0.879	0.87 (0.14-5.32)
	なし	14 (87.5)		16 (84.2)		
借金の経験	16		19			
	あり	9 (56.2)		10 (52.6)	0.671	1.32 (0.37-4.72)
	なし	7 (43.8)		9 (47.4)		
返済困難な借金の経験	16		19			
	あり	1 (6.3)		4 (21.1)	0.343	0.31 (0.03-3.50)
	なし	15 (93.8)		15 (78.9)		

事例群での欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数ごとに解析から除外した

自殺の相対リスクが有意に低かった。さらに、両群間の飲酒状況の比較においても統計的有意差が認められた変数はなかったが、対照群に比べ事例群のほうで、過去 1 年間のアルコール関連問題の経験率 ($p=0.078$ OR=6.77) や過去 1 か月の飲

酒日数が 10 日以上者の割合 ($p=0.078$ OR=6.78) が高い傾向が認められた。

表2 精神医学的問題および精神科医療機関における治療状況の比較

	事例群 (n=16)		対照群 (n=19)		p 値	オッズ比 (95% CI)
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)		
自殺発生時 (対照群は調査時) における重複精神障害						
いずれかの不安障害	16	3 (18.8)	17	2 (11.8)	0.454	2.00 (0.33-12.28)
パニック障害	16	1 (6.3)	19	0 (0.0)	—	—
PTSD	16	0 (0.0)	17	0 (0.0)	—	—
全般性不安障害	16	3 (18.8)	18	2 (11.1)	0.454	2.00 (0.33-12.28)
いずれかのアルコール使用障害	16	3 (18.8)	19	1 (5.3)	0.341	3.00 (0.31-28.84)
アルコール依存	16	2 (12.5)	19	0 (0.0)	—	—
アルコール乱用	16	1 (6.2)	19	1 (5.3)	1.000	1.00 (0.06-15.99)
過去1年間の精神科医療機関における治療状況						
過去1年以内の処方あり	16	13 (81.3)	19	18 (94.7)	0.471	0.02 (0.00-∞)
過去1年以内の入院経験あり	16	2 (12.5)	19	1 (5.3)	0.343	3.24 (0.29-36.63)
過去1年以内の治療・服薬中断あり	16	2 (12.5)	19	4 (21.1)	0.415	0.39 (0.04-3.78)
過去1年以内の入院拒否あり	16	2 (12.5)	19	0 (0.0)	—	—
自立支援医療 (精神通院) の利用あり	16	6 (37.5)	19	15 (83.3)	0.047	0.12 (0.02-0.97)
過去1年間の飲酒状況						
1年間の飲酒経験あり	16	15 (93.8)	19	15 (78.9)	0.215	4.00 (0.44-35.79)
1年間のアルコール関連問題あり	15	7 (46.7)	17	2 (11.8)	0.078	6.77 (0.81-56.85)
1か月あたりの飲酒日数 (10日以上)	14	10 (71.4)	16	5 (31.2)	0.078	6.78 (0.81-56.85)
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	p 値	
1回あたりの飲酒量 (杯) ^{注1}	12	4.9 (5.6)	15	2.5 (3.1)	0.19	

事例群での欠損値のケースは対応する対照群と併せ変数ごとに解析から除外した

注1: 1回あたりの飲酒量の単位 (杯) は、1杯あたり純アルコール換算で約9グラムに相当する

考察

1. 環境調整過程がもつ治療的意味

本研究では、これまで中高年男性の自殺の関連要因とされてきた婚姻状況、就労状況、経済的問題、借金の経験といった変数に関しては^{13,22,43)}、うつ病患者の場合、自殺既遂との有意な関連が認められなかった。また、一部の先行研究で自殺企図との関連性が指摘されている³⁴⁾精神科治療におけるコンプライアンス (治療・服薬の中断・入院拒否) に関しても両群間で有意差は認められず、両群ともに過去1年以内の受療継続に何らかの問題が認められた者は約2割に過ぎなかった。

その一方で、本研究では、事例群に比べて対照群において休職歴を持つ者の割合が有意に高く、また、精神科治療を受けるにあたって、事例群に比して対照群のほうが自立支援医療を利用している者の割合が有意に高いという結果が得られ

た。病気による長期休職者や自立支援医療の利用者は一般人口と比べれば自殺のハイリスク群となるが^{32,42)}、対象をうつ病を抱えながら精神科に受診している中高年男性に限定した場合には、休職や自立支援医療を利用しているほうが自殺のリスクが低くなる可能性が示唆された。

ここで興味深いのは、なぜ休職や自立支援医療の利用がうつ病に罹患した中高年男性の自殺予防に寄与するのかという問題である。あくまでも推測でしかないが、我々は、「環境調整の過程そのものが持つ治療的効果」と考えている。自立支援医療の利用は勤務先の保険証に依拠することとなるため、当然のことながら通院状況が勤務先に知られることを危惧する者もいよう。また、うつ病に罹患したという事実を受容することに抵抗感を抱いたり、否認したりする者にとっては、精神科を受診こそしたものの、中・長期に及ぶ継続的治療など思いもよらぬことかもしれない。このよう

な心理を後押しする背景には、本人や家族、職場の上司や同僚が日頃から抱えている、精神障害や精神科治療に関する否定的な考えや誤った思い込みがあり、そうしたものが結果的に本人の「治療を受けていることを周囲に知られたくない」という感情を強め、休職や自立支援医療による医療費補助の利用を躊躇させる可能性がある。

言いかえれば、うつ病に罹患した中高年男性の自殺予防のためには、単に援助者が「精神科につなげる」だけではなく、「しっかりつながる」ことが必要と言えるかもしれない。特に男性の場合、ともすれば他者からの援助を受けずに独力で問題解決することが社会・文化的に期待される傾向があり³⁶⁾、女性に比べて対処方略としてソーシャルサポートを利用しにくい^{9, 29)}とされている。その意味では、休職や自立支援医療の利用といった環境調整の手続きを丁寧に行うプロセス自体が、恥やプライド、あるいは「やせ我慢」といった男性特有の防衛的構えを和らげ、結果的に精神科治療の効果を高めた可能性がある。今後は、本人や家族に対する十分な心理教育、さらには、引き続き地域や職域における啓発を行っていく必要があるだろう。

なお、本研究の結果からは、対照群ではよりうつ病として重篤であり、それだけに、本人も周囲も「病氣」として受容しやすく、長期に及ぶ治療や各種制度の利用を決意しやすかった可能性も否定はできない。そして、障害が重篤であった分、状態像も典型的であり、医学的治療の枠組みに馴染みやすかった可能性もあろう。今回の調査では、両群のうつ病としての重症度や精神症状の詳細を検討していないので、これらの可能性を論じることにはできない。今後のさらなる調査が必要である。

2. 精神医学的特徴の比較

本研究の結果、事例群と対照群の両群間で、うつ病性障害に併存する他の精神障害(不安障害およびアルコール使用障害)の有病率に差は認められなかった。先行研究では、不安障害やアルコール使用障害がうつ病性障害に併存することで自殺

のリスクが高まると指摘されているが^{4, 11, 37)}、本研究の結果はそれを支持しなかった。

一方で、本研究では、過去1年間にアルコール関連問題が認められた者の割合や1か月あたりの飲酒日数が10日以上であった者の割合が、対照群に比べ事例群で高い傾向が認められた。アルコール使用障害の診断にまで至らない場合であっても、多量飲酒の習慣や酩酊が抑うつ感情を増大させたり、自殺企図のリスクを高めたりすることはすでに広く知られている¹⁷⁾。また、先行研究においてアルコール関連問題や飲酒状況と中高年男性の自殺との関連性が報告されているばかりでなく^{1, 30)}、多量飲酒の習慣を持つうつ病性障害患者では、心理社会的予後が不良であるとの報告をふまえれば²⁸⁾、上記の結果は、飲酒の問題が中高年男性のうつ病治療を阻害し、自殺のリスクを高める可能性を示唆する知見であると言えよう。今回は、サンプルサイズが小さいことから、明確な有意差を証明するに至らなかったが、今後さらに症例を蓄積する中で、この点についても正確に確認する必要があるだろう。

なお、本研究では、不安障害の症候学的特徴については比較検討していないものの、不安の症状は人口動態学的変数やうつ病の症状・診断など他の変数の影響を調整しても、自殺傾向を高めることが報告されていることから¹⁰⁾、今後の研究ではこうした症状レベルでの違いについても詳しく検討する必要があると思われる。

3. 本研究の限界と今後の展望

本研究にはいくつかの限界があるが、中でも主要なものは以下の5点である。

第1に、本研究のサンプルサイズは小さく、また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を行っていないため、本研究の結果をそのままが国の中高年男性うつ病患者一般にあてはめて考えることはできない。また、本研究では事例群と対照群の間で通院医療機関や治療者のマッチングを行っていないため、対照群の選択バイアスによる影響は除外できない。

第2に、情報収集の精度や偏りがあるため、

本来関連のないはずの要因に関連性が認められてしまっている可能性がある。特に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ため、得られた情報には多くのバイアスが含まれる。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、想起の段階においても多くのバイアスが生じる可能性がある。さらに、調査員および回答者ともに調査目的や当該の面接が事例群・対照群のどちらを調査しているのかについても知っているため、事例群のほうで本人の困難や問題点が想起されやすい可能性がある。

第3に、本研究では多変量解析を行っていないため、変数間の交絡の影響を除外できていない。また、本研究はすでに収集した事例群のデータを使用したため、事前に多変量解析に必要なサンプルサイズを設計できていない。

第4に、対象者の精神医学的診断についても課題が残っている。まず、本研究では対象者のうつ病性障害の重症度の評価を行っておらず、また、併存する他の精神障害についても、アルコール使用障害と一部の不安障害の合併症を検討したのみで、パーソナリティ障害など他の精神疾患の評価を行っていない。

第5に、対象者の通院先の医療機関情報や治療の内容を考慮に入れることができていない。また、対象者の通院期間、自立支援医療の開始時期、疾患の重症度や転帰など治療経過に関する詳細な情報についても十分に評価されていない。さらに、自立支援医療(精神通院医療)の人口当たりの支給認定件数には自治体間で差があることが先行研究で指摘されているが³⁹⁾、本研究では事例群と対照群の居住地を一致させていないという限界もある。

以上の限界にもかかわらず、本研究は心理学的剖検の手法を用いた症例対照研究のデザインで、精神科受診歴を持つ中高年男性うつ病患者の心理社会的な自殺のリスク要因について検討した最初の研究であり、わが国の自殺予防対策ならびに自

殺予防研究の発展に寄与するものと思われる。今後の研究では、本研究で得られた仮説の検証と同時に、治療に専念できる環境づくりを促進する他の要因(たとえば、家族への支援、職場の理解や協力体制、制度などへのアクセシビリティなど)についても詳しく検討していく必要があるだろう。

謝辞

本研究は、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)の助成を受けて実施した。また、研究にご協力くださいました自死遺族、ならびに対照群のご家族の皆さまに、この場を借りて厚くお礼申し上げます。

文献

- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 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) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
- 3) Bertolote JM, Fleischmann A: Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry 1: 181-185, 2002
- 4) Bolton JM, Pagura J, Enns MW, et al: A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. J Psychiatric Res 44: 817-826, 2010
- 5) Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: A reexamination. Am J Psychiatry 157: 1925-1932, 2000
- 6) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Psychol Med 33: 395-405, 2003
- 7) Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, et al: Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: Findings from the STAR*D trial. J Affect Disord 97: 77-84, 2007
- 8) Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR: 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 Psychiatr Scand 104 : 452-457, 2001
- 9) Defares PB, Brandjes M, Nass CHT, et al : Coping styles, social support and sex-differences. In : Sarason IG, Sarason BR, ed. Social support : Theory, research and applications. Martinus Nijhoff Publishers, Leiden, pp 173-186, 1985
 - 10) Diefenbach GJ, Woolley SB, Goethe JW : The association between self-reported anxiety symptoms and suicidality. J Nerv Ment Dis 197 : 92-97, 2009
 - 11) Dumais A, Lesage AD, Alda M, et al : Risk factors for suicide completion in major depression : A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am J Psychiatry 162 : 2116-2124, 2005
 - 12) Hantouche E, Angst J, Azorin JM : Explained factors of suicide attempts in major depression. J Affect Dis 127 : 305-308, 2010
 - 13) 橋本康男, 竹島正 : 自殺増加の社会的要因についての検討. 平成 16 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)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, pp 37-44, 2005
 - 14) Hawton K, van Heeringen K : Suicide. Lancet 373 : 1372-1381, 2009
 - 15) 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
 - 16) Holma KM, Melartin TK, Haukka J, et al : Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder : A five-year prospective study. Am J Psychiatry 167 : 801-808, 2010
 - 17) Hufford MR : Alcohol and suicidal behavior. Clin Psychol Rev 21 : 797-811, 2001
 - 18) 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
 - 19) 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
 - 20) 加我牧子 : 厚生労働科学研究費補助金 障害者総合対策研究事業 自殺の原因分析に基づく効果的な自殺予防対策の確立に関する研究. 平成 22 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, 2011
 - 21) 河北新報 : 自殺者の 7 割が精神科受診—抗うつ剤副作用疑う声も. 2010 年 4 月 27 日掲載
 - 22) 金子能宏, 篠崎武久, 山崎暁子 : 自殺の社会的経済的要因と自殺予防の経済効果. 季刊社会保障研究 40 : 75-87, 2004
 - 23) 神庭重信 : うつ病の文化・生物学的構成. 神庭重信, 黒木俊秀(編) 現代うつ病の臨床—その他様な病態と自在な対処法. 創元社, pp 98-119, 2009
 - 24) 厚生労働省 : 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防にむけての提言」. 厚生労働省自殺予防対策有識者懇談会, 2002
 - 25) 厚生労働省 : うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために. 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会, 2004
 - 26) 厚生労働省 : うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために. 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会, 2004
 - 27) 松本俊彦 : 現代社会とうつ病 : うつ病と自殺予防. 最新医学 68 : 1150-1153, 2013
 - 28) Meririnne E, Kiviruusu O, Karlsson L, et al : Brief Report : Excessive alcohol use negatively affects the course of adolescent depression : One year naturalistic follow-up study. J Adolesc 33 : 221-226, 2010
 - 29) Murphy GE : Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry 39 : 165-175, 1999
 - 30) Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T, et al : Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men : The Ohsaki Study. Alcohol 41 : 503-510, 2007
 - 31) 内閣府 : 平成 23 年における自殺未遂歴の有無別自殺者数の割合. 平成 24 年版自殺対策白書, p 32, 2012
 - 32) 新潟県自殺予防対策検討会 : 新潟県自殺予防対策検討会報告書—新潟県の自殺者数減少に向けた取組について. 新潟県自殺予防対策検討会, 2011
 - 33) Oquendo MA, Currier D, Mann JJ : Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders : What is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand 114 : 151-158, 2006
 - 34) Pompili M, Serafini G, Del Casale A, et al : Improving adherence in mood disorders : The struggle against relapse, recurrence and suicide risk. Expert Rev Neurother 9 : 985-1004, 2009

- 35) 精神保健福祉白書編集委員会：精神保健福祉白書 2012 年版—東日本大震災と新しい地域づくり。中央法規出版，pp 181-222, 2011
- 36) 嶋信宏：大学生におけるソーシャルサポートの日常生活ストレスに対する効果。社会心理学研究 7：45-53, 1992
- 37) Spijker J, de Graaf R, Ten Have M, et al：Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population：Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45：513-521, 2010
- 38) 多田幸司：新しいタイプのうつ病概説。こころの科学 146：25-31, 2009
- 39) 竹島正：厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究 平成 20 年度総括・分担報告書，国立精神・神経センター，2009
- 40) 田中幸子：自死遺族からの切実な問い。こころの科学 2013 年増刊号，井原裕，松本俊彦編：くすりにたよらない精神医学。pp 18-22, 日本評論社，2013
- 41) 東京都福祉保健局：自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査。2009
- 42) Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M：Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. J Epidemiol Community Health 58：321-326, 2004
- 43) 渡部良一：平成 17 年度内閣府経済社会総合研究所委託調査 自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書。京都大学，2006
- 44) Zhang J, Conwell Y, Wiczorek WF, et al：Studying Chinese suicide with proxy-based data：Reliability and validity of the methodology and instruments in China. J Nerv Ment Dis 191：450-457, 2003

(2) 以下の筆者所属，英文表記

- 2) 兵庫県こころのケアセンター，AKAZAWA Masato：Hyogo Institute for Traumatic Stress
- 3) 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，MATSUMOTO Toshihiko, KODAKA Manami, TAKESHIMA Tadashi：National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 4) 日本大学文理学部人文科学研究所，KAMEYAMA Akiko：The Institute of Humanities and Social Sciences, Nihon University College of Humanities and Sciences
- 5) 横浜市こころの健康相談センター，SHIRAKAWA Norito：Mental Health and Welfare Center of Yokohama City
- 6) 医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門，IGARASHI Yoshio, IJIMA Yuko：Medicalcare Toranomom
- 7) 東京医療生活協同組合中野総合病院，OZAKI Shigeru：Nakano General Hospital
- 8) 医療法人社団榎会榎本クリニック，FUKAMACHI Fumihiko, ENOMOTO Minoru：Enomoto Clinic

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

心的外傷後成長ハンドブック

Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice(Paperback)

編集 Lawrence G. Calhoun, Richard G. Tedeschi
監訳 宅 香菜子・清水 研

●A5 頁572 2014年
定価：本体5,000円+税
[ISBN978-4-260-01639-1]

災害や事故、大切な人の死などは人生にとって過酷な体験であり最大の苦しみであるが、一方でそこから精神的な成長がもたらされることは古くから経験的には知られてきた。本書は学術的には20年ほど前から研究されてきたPTG (Posttraumatic Growth) についての入門書。原著者はこのテーマの第一人者であり、PTG評価尺度の考案者でもある。

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」という知所がある³⁾。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んがみると、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⁴⁾。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⁵⁾。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⁶⁾。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⁷⁾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、自殺の危険を高めると報告している⁸⁾。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⁹⁾。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¹⁰⁾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

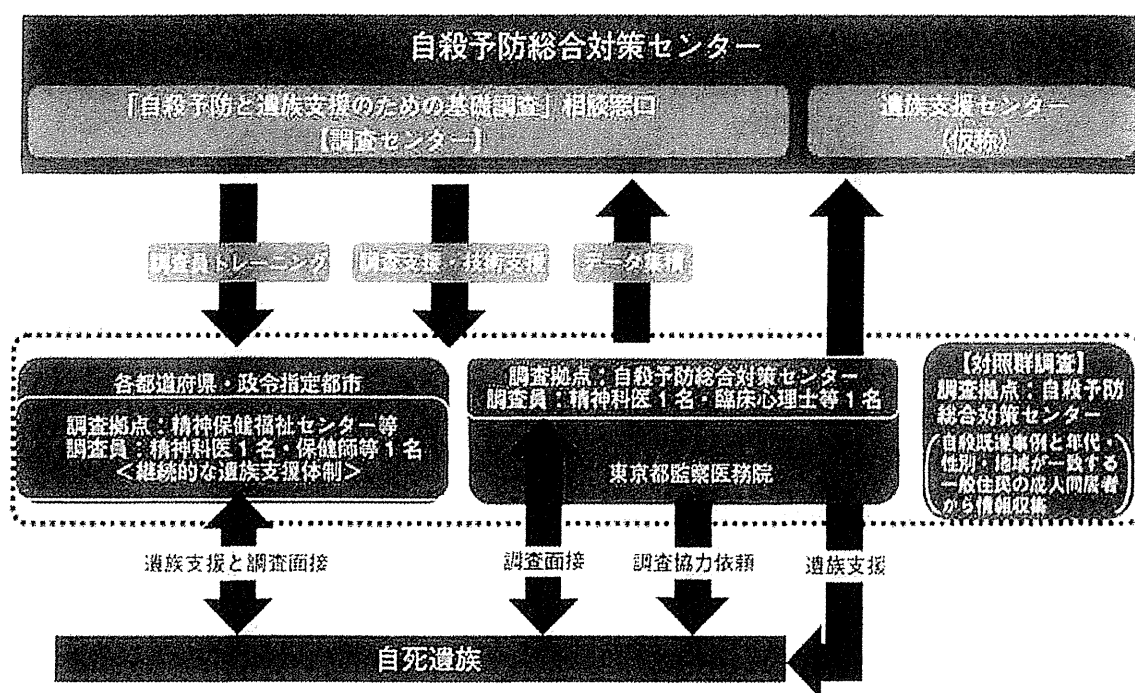


図1 自殺予防と遺族支援のための基礎調査

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」⁹⁾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」¹⁰⁾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"> うつ病性障害 6.20(3.54~10.86) アルコール使用障害 3.13(1.52~6.46) 睡眠問題 21.6(7.6~61.5) 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
社会・経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> 返済困難な借金 38.43(4.96~297.97) 仕事上の悩み 4.19(1.34~13.04) 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
生活歴上の問題	<ul style="list-style-type: none"> 幼少期の虐待歴 5.34(1.59~17.93) 学校でのいじめ被害 3.59(1.45~8.88) 身近な人の自殺・自殺未遂歴 27.89(6.58~118.17) 	<ul style="list-style-type: none"> 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

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して各地域の精神保健福祉センターに遺族が繋がっており、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)¹⁴⁾。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