

# 死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について

## 心理学的剖検を用いた検討

アカザワ 赤澤	マサト 正人*	マツモト 松本	トシヒコ 俊彦 <sup>2*</sup>	カツマタヨウ タロウ 勝又陽太郎*	キ タニ 木谷	マサヒコ 雅彦*
ヒロカフ 廣川	セイ コ 聖子*	タカハシ 高橋	ヨシトモ 祥友 <sup>3*</sup>	カワカミ ノリト 川上 憲人 <sup>4*</sup>	ワタナベ 渡邊	ナオ キ 直樹 <sup>5*</sup>
ヒラヤマ 平山	マサ ミ 正実 <sup>6*</sup>	カメヤマ 亀山	アキ コ 晶子 <sup>7*</sup>	ヨコヤマ ユ カリ 横山由香里 <sup>8*,9*</sup>	タケシマ 竹島	タダシ 正 <sup>*,2*</sup>

**目的** わが国の自殺者数は、平成10年に3万人を超えて以降、11年に渡りその水準で推移しており、自殺予防は医療や精神保健福祉の分野に留まらず、大きな社会的課題となっている。本研究では心理学的剖検の手法で情報収集がなされた自殺既遂事例について、死亡時の就労状況から有職者と無職者に分類し、その心理社会的特徴や精神医学的特徴の比較・検討を通じて、自殺既遂者の臨床類型を明らかにし、自殺予防の観点から有職者ならびに無職者に対する介入のポイントを検討することを目的とした。

**方法** 心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から得られたデータをもとに分析を行った。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、経済的問題等に関する質問から構成されていた。なお、各自殺事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医師が遺族からの聞き取りによって得られたすべての情報を用いて、DSM-IVに準拠した臨床診断を行った。本研究では、2009年7月中旬時点で23箇所の都道府県・政令指定都市から収集された自殺事例46事例を対象とした。

**結果** 有職者の自殺者は、40～50代の既婚男性を中心として、アルコールに関連する問題や返済困難な借金といった社会的問題を抱えていた事例が多かった。無職者では、有職者に比べて女性の比率が高く、20～30代の未婚者が多く認められ、有職者にみられたような社会的問題は確認されなかった。また、有職者では死亡時点で罹患していたと推測される精神障害としてアルコール使用障害が多く認められたのに対して、無職者では統合失調症及びその他の精神病性障害が多く認められた。

**結論** 自殺予防の観点から、有職者に対しては、職場におけるメンタルヘルス支援の充実、アルコール使用障害と自殺に関する積極的な啓発と支援の充実、そして債務処理に関わる司法分野と精神保健福祉分野の連携の必要性が示唆された。一方で、無職者に対しては、若い世代の自殺予防に関する啓発と支援の充実、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。

**Key words** : 自殺, 自殺既遂, 有職者, 無職者, 心理学的剖検

### 目 的

わが国の自殺者数は、平成10年に初めて3万人を

超えて以降、11年間に渡ってその水準で推移している。自殺総合対策大綱では、自殺は「追い込まれた末の死」であって、社会の適切な介入や精神疾患の

\* 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 精神保健計画研究部  
<sup>2\*</sup> 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  
<sup>3\*</sup> 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門  
<sup>4\*</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野  
<sup>5\*</sup> 関西国際大学人間科学部人間心理学科

<sup>6\*</sup> 聖学院大学総合研究所  
<sup>7\*</sup> 日本大学文理学部人文科学研究所  
<sup>8\*</sup> 東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野  
<sup>9\*</sup> 日本学術振興会  
 連絡先：〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1  
 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精神保健計画研究部 赤澤正人

適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができるとされており<sup>1)</sup>、社会的な問題として自殺予防の取組がなされるようになってきている。自殺総合対策大綱には、世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向が示されており、その中で中高年（30歳～64歳）は、心理的にも社会的にも負担を抱えることが多い世代であり、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が多く、心の健康づくりとともに、長時間労働や失業等の社会的要因に対する取組や、うつ病の早期発見、早期治療が重要であるとされている。就労状況からみた自殺予防を考えた場合、とくに労働者の心の健康については、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年）<sup>2)</sup>によって、職場におけるメンタルヘルスケアの推進がなされている。

厚生労働省の労働者健康状況調査<sup>3)</sup>をみると、労働者の6割近くが仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレスを抱えており、メンタルヘルスに何らかの不安を抱える労働者が決して少なくないことをうかがい知ることができる。労働者の自殺者数は平成10年以降増加しており、とくに働き盛りの中高年男性の自殺率が高くなっている<sup>4)</sup>。そうした中で労働者の「職業性ストレスによるうつ病」の問題が注目されるようになり<sup>4)</sup>、先の指針と合わせて、職場におけるストレスチェックやうつスクリーニングが徐々にではあるが実施されている。ただ、物質関連障害や統合失調症等も自殺と関連する重要な精神疾患であること<sup>5)</sup>を忘れてはならない。我々の調査<sup>6)</sup>では、アルコール使用障害を抱えていた自殺既遂事例の全員が、有職の中高年男性であったことが分かっている。従来の上うつ病対策だけでは、自殺のリスクを見過ごされてしまう可能性が捨てきれないのではないだろうか。様々な背景を抱えた労働者の自殺予防を考えるうえで、労働者つまりは有職者の自殺の実態を改めて把握しておく必要がある。

その一方で、無職者の自殺予防も社会的な問題として取り組まなければならない重要な課題である。職業別でみた全自殺者数に占める無職（学生・生徒等および無職者）の割合は6割近くにまで上っており<sup>7)</sup>、数の上でいえば有職者よりも多く、自殺予防の対策が急がれる領域である。無職者の自殺者数の年齢階級別構成をみると男女ともに60歳代、70歳以上で半数近くを占めており<sup>1)</sup>、高齢者の自殺予防については、秋田県<sup>8)</sup>や新潟県<sup>9)</sup>のように、行政機関と医療機関の協力体制の下で行った地域住民を対象にしたうつ病のスクリーニングやヘルスプロモーションアプローチが自殺死亡率の減少に効果をもたらした事例が報告されている。しかしここで注意する

必要があるのは、無職者の自殺は高齢者だけに限った問題ではない、ということである。昨今の経済状況による就職難やリストラ、あるいは心身の疾患のために働きたくても働けない中高年無職者や30歳未満の青少年無職者は確実に存在し、そうした人たちが社会的に非常に弱い立場にある可能性は十分に予想される。そうした可能性を推測させる例として、平成20年中に都内23区で発生した硫化水素中毒死の群発を挙げることができる。この一連の硫化水素中毒死の事例を分析した福永・林<sup>10)</sup>は、死亡者の多くが若年の無職者であり、精神疾患に罹患していた者も少なくなかったと報告している。このように、比較的若年層の無職者に対する自殺予防は喫緊の課題といえるが、現在までのところその実態把握を含め、十分な対策がなされてきたとはいえない状況にある。

以上のことから分かるように、就労状況から自殺予防を考える際には、有職者、無職者それぞれの自殺の実態を改めて把握しておく必要があると思われる。そこで本研究では、心理学的剖検調査において収集された自殺既遂事例のデータを用いて、死亡時の就労状況によって有職者と無職者に分類し、その心理社会的特徴や精神医学的特徴の比較・検討を通じて、自殺既遂者の臨床類型を明らかにすることを第一の目的とした。さらに、そのような職業の有無にもとづく自殺既遂者の臨床類型にもとづいて、有職者ならびに無職者に対する介入のポイントを検討することを第二の目的とした。

## 方 法

### 1. 心理学的剖検の手法による「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について

本研究における方法を説明する前に、本研究の母体にあたる、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」<sup>11)</sup>（以下、基礎調査とする）の概要について説明しておく。

#### 1) 対象

この調査は、基礎調査への協力に応じてくれた53箇所の都道府県・政令指定都市において、平成19年12月より実施されている。対象となる自殺事例は、53箇所の自治体において、①平成18年1月～平成22年3月の間に地域住民から発生した自殺のうち、②死亡時年齢が20歳以上の自殺既遂による死亡者であり、③死亡後、各地域の精神保健福祉センターにおける個別の遺族相談もしくは遺族のつどいなどで、その遺族と接触のあった自殺者を対象候補者とした。そのうえで、遺族の精神状態が調査に耐えうる状況にあり、かつ調査協力を同意を得られた自殺既

遂による死亡者を、最終的な対象とした。

## 2) 方法

基礎調査では、対象者の遺族に対し、独自に作成された面接票<sup>11)</sup>に準拠した半構造化面接を行った。面接は、原則として精神科医と保健師などから構成される2人の調査員によって行われた。調査員2人のうちの1人は必ず研究班の行った3日間の調査員トレーニング(遺族ケア、調査の内容、模擬面接)を修了した者とし、もう1人は調査員トレーニングのうち、遺族ケアの研修内容を学習していることを必須とした。なお、情報収集源となる遺族の条件としては、死亡直前まで対象と同居もしくはそれに準じる緊密な接触があった者1人とし、優先順位は配偶者、父母、子の順とした。

本研究は、国立精神・神経センター(現、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、十分な倫理的配慮を行ったうえで実施された。また、調査の実施にあたっては、その都度、各地域の精神保健福祉センターにおいて継続的な遺族ケアを提供できる体制があることを確認した。

## 3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は、海外の心理学的剖検研究のレビューと心理学的剖検パイロットスタディ<sup>12)</sup>にもとづいて作成されたものであり、生活出来事、特定の生活歴、死亡の状況、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、心の健康問題に関する質問から構成されていた。また、各自殺事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医師が、遺族からの聞き取りによって得られた全ての情報を用いて、DSM-IV<sup>13)</sup>に準拠した臨床診断を行った。

## 2. 本研究における方法

### 1) 対象

本研究では、基礎調査において平成21年7月中旬時点で23箇所の都道府県・政令指定都市から収集された自殺事例46事例を対象とした。46事例の構成は、男性38人女性8人で、平均年齢は46.5歳(SD[標準偏差]=15.3歳)であった。

### 2) 分析方法

46事例について、死亡時の職業をもとに有職者と無職者の2群に分類した。

有職者と無職者の2群のあいだで、基礎調査において収集された情報のうち、先行研究において自殺の危険因子と指摘されている心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。心理社会的特徴に関する変数の選択にあたっては、高橋<sup>14)</sup>が指摘する自殺の危険因子、すなわち自殺未遂

歴、精神疾患の既往、サポートの不足、性別、年齢、喪失体験、自殺の家族歴、事故傾性(accident proneness:不慮の事故や負傷など、事故を防ぐための必要な措置を取らず、自己の安全や健康を守れずに事故を起こしやすい意識的あるいは無意識的な自己破壊傾向)を参考にした。具体的には、①人口学的変数(性別、年齢、婚姻歴)、②自殺の状況(自殺の方法、自殺時の物質使用)、③自殺関連行動の既往ならびにその家族歴(自傷・未遂歴、失踪歴、家族や友人の自殺・未遂歴、事故傾性)、④死亡前1年間にみられた社会的問題(死亡1年前の転職歴、死亡1年前の休職歴、死亡1年前のアルコール関連問題、死亡時点の返済困難な借金)、⑤死亡前1年間にみられた医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験、死亡1か月前の身体の不調、死亡1か月前の睡眠障害、精神科受診歴)である。また、死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断については、DSM-IV<sup>13)</sup>にもとづく臨床診断の内容と精神障害診断の数をを用いた。

なお年齢階級は、事例数と対象者の年齢幅が20代から70代に分布していることを考慮し、20歳階級の3分割で検討した。また自殺の危険因子と心理社会的特徴に関して、サポートの不足には婚姻歴と精神科受診歴を、喪失体験には転職歴、休職歴、身体疾患等を対応させて検討した。

統計解析には、SPSS Version 16.0J for Windows(SPSS Inc, Chicago, IL)を用いた。人口学的変数の年齢階級と婚姻歴、自殺の状況における比率の比較には、Fisherの正確検定(Fisher's exact test)を使用した上で、有意差が認められた場合には残差分析を行った。その他の心理社会的特徴と、死亡時に罹患していたと思われる精神障害の内訳の比率の比較には、それぞれの項目毎にFisherの正確検定を使用した。平均年齢の比較にはStudent-t検定を、精神障害の診断の個数の比較にはMann-WhitneyのU検定を使用し、両側検定で5%の水準を有意とした。

## III 結 果

46事例のうち、有職者は31人(67.4%)、無職者は15人(32.6%)であった。有職者には、転職等で一時的に無職になった者がいたが、死亡前1年間に労働による収入を得ていたことを確認した。また無職者には過去に就業歴がある者がいたが、死亡前1年間に働いておらず、労働の対価としての収入がなかったことを確認した。有職者と無職者のあいだで、心理社会的特徴に関する項目を比較した結果を表1に、死亡時に罹患していたと推測された精神障

表1 職業の有無別による心理社会的特徴の比較<sup>注1)</sup>

		有職者	無職者	P値
		n = 31	n = 15	
人口学的変数	性別 (男)	29 (93.5%)	9 (60.0%)	0.01
	平均年齢 <sup>注2)</sup>	48.1 (SD = 12.6)	43.4 (SD = 19.9)	0.42
	年齢階級			0.04
	20~30代	9 (29.0%)	9 (60.0%)	
	調整済み残差	-2.0	2.0	
	40~50代	16 (51.6%)	2 (13.3%)	
	調整済み残差	2.5	-2.5	
	60~70代	6 (19.4%)	4 (26.7%)	
	調整済み残差	-0.6	0.6	
	婚姻歴			< 0.001
	未婚	4 (12.9%)	10 (66.7%)	
	調整済み残差	-3.7	3.7	
	既婚	24 (77.4%)	4 (26.7%)	
	調整済み残差	3.3	-3.3	
	離別 (離婚・死別)	3 (9.7%)	1 (6.7%)	
	調整済み残差	0.3	-0.3	
	自殺の方法			0.32
	縊死	17 (54.8%)	9 (60.0%)	
	飛び降り	4 (12.9%)	4 (26.7%)	
	入水	2 (6.5%)	0	
	薬物	1 (3.2%)	0	
	ガス	7 (22.6%)	1 (6.7%)	
	その他	0	1 (6.7%)	
	自殺時の物質使用			0.23
	アルコールのみ	5 (16.1%)	0	
	アルコールと向精神薬の併用	2 (6.5%)	0	
	向精神薬のみ (複数種の服用を含む)	5 (16.1%)	5 (33.3%)	
	使用なし	19 (61.3%)	10 (66.7%)	
自殺関連行動の既往ならびにその家族歴	自傷・未遂歴	9 (31.0%)	5 (35.7%)	1.00
	家族や友人の自殺・未遂歴	23 (74.2%)	8 (53.3%)	0.19
	失踪歴	11 (35.5%)	2 (13.3%)	0.17
	事故傾性	19 (61.3%)	6 (40.0%)	0.22
死亡前1年間にみられた社会的問題	死亡1年前の転職歴	2 (6.5%)	1 (6.7%)	1.00
	死亡1年前の退職歴	6 (19.4%)	1 (6.7%)	0.40
	死亡1年前のアルコール関連問題	12 (38.7%)	0	0.004
	死亡時点の返済困難な借金	13 (41.9%)	0	0.004
死亡前1年間にみられた医学的問題	死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験	5 (16.1%)	5 (33.3%)	0.26
	死亡1か月前の身体の不調	19 (67.9%)	8 (53.3%)	0.75
	死亡1か月前の睡眠障害	21 (75.0%)	13 (86.7%)	0.28
	精神科受診歴	13 (41.9%)	9 (60.0%)	0.35

注1) 比率の検定には Fisher の正確検定を用いて、有意差が認められた年齢階級と婚姻歴については残差分析を行った。

注2) 平均年齢の比較には、Student-t 検定を行った。

害の臨床診断についての両群間の比較の結果を表2に示す。

### 1. 人口学的変数

性別について両群間で有意差が認められ、有職者では男性が90%以上を占め、一方、無職者ではその

表2 死亡時に罹患していたと思われる精神医学的診断内訳（合併を含む）<sup>注1)</sup>

	有職者	無職者	P 値
	n=31	n=15	
いずれかの精神障害への罹患人数	29(93.5%)	11(73.3%)	0.07
通常, 幼児期, 小児期, または青年期に初めて診断される障害	0	2(13.3%)	0.10
精神遅滞	0	2(13.3%)	0.10
せん妄, 認知症, 健忘障害, および他の認知障害	1(3.2%)	0	1.00
認知症	1(3.2%)	0	1.00
物質関連障害	10(32.3%)	2(13.3%)	0.28
アルコール使用障害	10(32.3%)	0	0.02
薬物使用障害	0	2(13.3%)	0.10
統合失調症および他の精神病性障害	1(3.2%)	4(26.7%)	0.03
統合失調症	1(3.2%)	3(20.0%)	0.10
短期精神病性障害	0	1(6.7%)	0.33
気分障害	21(67.7%)	8(53.3%)	0.52
大うつ病性障害	20(64.5%)	7(46.7%)	0.34
気分変調性障害	4(12.9%)	4(26.7%)	0.41
双極Ⅱ型障害	2(6.5%)	1(6.7%)	1.00
不安障害	7(22.6%)	1(6.7%)	0.24
全般性不安障害	5(16.1%)	0	0.16
強迫性障害	1(3.2%)	1(6.7%)	1.00
パニック障害	2(6.5%)	0	1.00
身体表現性障害	1(3.2%)	0	1.00
心気症	1(3.2%)	0	1.00
摂食障害	0	1(6.7%)	0.33
神経性大食症	0	1(6.7%)	0.33
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	3(9.7%)	0	0.54
病的賭博	3(9.7%)	0	0.54
適応障害	3(9.7%)	1(6.7%)	1.00
パーソナリティ障害	2(6.5%)	3(20.0%)	0.31
その他の種類の精神障害	2(6.5%)	0	1.00
一人あたりの平均罹患精神障害数 <sup>注2)</sup>	1.84	1.73	0.52

注1) 比率の検定には Fisher の正確検定を行った。

注2) 一人あたりの罹患精神障害数の比較には Mann-Whitney の U 検定を行った。

40%が女性であった ( $P<0.05$ )。全体の平均年齢については両群間で差は認められなかったものの、年齢階級でみると全体で有意差が認められ ( $P<0.05$ )、残差分析の結果、有職者は40~50代が高率になっており、一方で無職者は20~30代が高率であった。婚姻状況についても全体で有意差が認められ ( $P<0.001$ )、有職者は既婚が高率になっており、一方で無職者は未婚が高率であった。

## 2. 自殺の状況

自殺の方法に関しては全体で有意差は認められなかったが、両群いずれにおいても、50%以上の者が自殺の方法として縊首を選択していた。また、自殺時の物質使用についても同様に全体で有意差は認められなかったが、無職者では自殺時にアルコールを服用していた事例は一例もなかった。

## 3. 自殺関連行動の既往ならびにその家族歴

自傷・未遂歴について両群間に有意差は認められなかった。また、家族や友人の自殺・未遂歴、失踪歴についても両群間で有意差は認められず、両群いずれにおいても、その50%以上の事例に家族や友人の自殺・未遂歴が認められていた。同様に、事故傾性についても両群間で有意差は認められず、有職者の61.3%、無職者の40.0%と比較的高率に事故傾性を確認することができた。

## 4. 死亡前1年間にみられた社会的問題

死亡1年前のアルコール関連問題 ( $P<0.01$ ) と死亡時点の返済困難な借金 ( $P<0.01$ ) に両群間で有意差が認められ、いずれの問題も有職者で多く認められた一方で、無職者にはまったく認められなかった (アルコール関連問題: 有職者38.7% vs. 無職者0%, 返済困難な借金: 有職者41.9% vs. 無職者0%)。なお、死亡1年前の転職歴と休職歴については、両群間に有意差は認められなかった。

## 5. 死亡前1年間にみられた医学的問題

死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験、死亡1か月前の身体の不調、死亡1か月前の睡眠障害、精神科受診歴のいずれについても両群間に有意差は認められなかった。なお、死亡1か月前の身体の不調と死亡1か月前の睡眠障害については、それぞれ両群の50%以上および70%以上という高い比率で認められていた。

## 6. 罹患していた精神障害の内訳

死亡時に何らかの精神障害に罹患していたと推測された者は、有職者の93.5% (29人)、無職者の73.3% (11人) であった。

死亡時に罹患していた精神障害のうち、最も高率であったのは、両群のいずれにおいても気分障害であった (有職者67.7%、無職者53.3%)。気分障害

全体およびその下位診断カテゴリーの罹患率に関しては、両群間で差は認められなかった。また、有職者では、無職者に比べてアルコール使用障害（乱用もしくは依存）の診断が可能と判断された事例が有意に多く認められた（ $P<0.05$ ）。その一方で、無職者では、有職者に比べて統合失調症およびその他の精神病性障害の診断が可能と判断された事例が有意に多く認められた（ $P<0.05$ ）。その他の精神障害の診断については、両群間で有意差は認められなかった。なお、DSM-IVにおけるI軸・II軸を総合した、罹患する精神障害の総数については、両群間で差は認められなかった。

## IV 考 察

### 1. 本研究の位置づけ

本研究は心理学的剖検の手法を用いて得られたデータをもとにして、自殺した有職者と無職者それぞれの心理社会的ならび精神医学的特徴について検討した研究である。効果的な自殺予防対策を展開していくためには、職業の有無による自殺者の特徴を踏まえた支援・介入ポイントを明らかにすることが必要である。

結果に関する考察に入る前に、ここでわが国の自殺者全体のなかで本研究の対象がどのような位置づけにあるのか確認しておきたい。警察庁の平成20年中における自殺の概要資料<sup>7)</sup>によると、職業の有無別でみた自殺者数は、有職者（自営業・家族従業者および被雇用者・勤め人）が37.8%、無職者（学生・生徒等および無職者）が59.7%であり、有職者と無職者の男女の構成割合は、有職者の86.1%、無職者の60.4%が男性と報告されている。また、警察庁の自殺統計にもとづいて集計された資料（各都道府県における自殺の概要）<sup>15)</sup>によると、平成18年の自殺者の有職者と無職者の年齢階級別構成割合は、有職者の20～30代が29.9%、40～50代が52.2%、60歳以上が17.9%であり、無職者の20～30代が22.0%、40～50代が30.2%、60歳以上が47.8%であった。以上より、自殺に関する全数データと比べて、本研究の対象は有職者の割合が高く（あるいは、無職者の割合が低く）、無職者の20～30代の割合が高い一方で60～70代の割合が低いといった特徴があることが分かる。なお、有職者と無職者における男女比については、全数データとほぼ一致しているといえる。

さて、本研究では、有職者と無職者とのあいだに以下の三つの差異が確認された。第一に、有職者では、無職者に比べて男性の比率が高く、40～50代を中心とし、既婚者が多く認められたのに対して、無職者では、有職者に比べて女性の比率が高く、20～

30代を中心とし、未婚者が多く認められたことである。第二に、有職者では、死亡前1年間にアルコール関連問題と死亡時点の返済困難な借金といった問題を呈していた者が多かったのに対して、無職者では、これらの問題を呈していた者は一人もいなかったことである。そして最後に、有職者では死亡時点に罹患していたと推測される精神障害としてアルコール使用障害が多く認められたのに対して、無職者では統合失調症およびその他の精神病性障害が多く認められたことである。

死亡時職業の有無別でみた自殺者の特徴および自殺予防の介入ポイントについて、以下にくわしく考察をしたい。

### 2. 有職者の自殺

#### 1) 有職者の特徴

本研究における有職者の特徴として、40～50代の男性で既婚者の割合が高いことが明らかになった。こうした特徴は、いわゆる「働き盛りの中老年男性」と言われる生活背景を有していることが考えられる。これは平成10年にその数が急増し以降も高水準を維持している中高年自殺者<sup>1)</sup>と共通した特徴である。従来から指摘されている通り<sup>16)</sup>、中高年労働者の自殺予防に焦点をあてることは妥当であり、その必要性が改めて示唆されたといえる。

先行研究によれば、本研究の有職者の特徴であった、アルコール関連問題と返済困難な借金という、二つの社会的問題は、いずれも自殺のリスクを高める要因であるとされている。アルコール関連問題に関していえば、アルコールの薬理作用が抑うつ状態を悪化させ、自身に対する攻撃性や衝動性を高め、心理的視野狭窄を促進させることで、自殺行動のリスクを高めることが指摘されており<sup>17)</sup>、わが国では専門医療機関に入院したアルコール依存・乱用患者における高率な自殺企図歴を報告した研究がある<sup>18,19)</sup>。また、返済困難な借金に関していえば、負債を抱えていることが自殺念慮や自殺未遂の危険因子であるという報告<sup>20)</sup>や、わが国では金子ら<sup>21)</sup>によって失業率とともに、世帯負債比率が自殺率に影響を与えることが明らかにされている。

本研究における有職者の精神医学的特徴として、気分障害だけでなく、アルコール使用障害への罹患率も高いことが挙げられる。このことは、前述した死亡1年前にアルコール問題を呈した者の割合が高いことと一致する結果であった。すでに我々は、死亡1年前にアルコールと関連した健康問題や日常生活への支障といった諸問題を抱えていた自殺既遂者は、全員が男性有職者でその8割にアルコール使用障害の診断が可能であったことを報告している<sup>9)</sup>。

本研究の結果は、有職者の自殺の背景にある精神疾患としてアルコール使用障害の重要性を改めて確認するものと考えられる。

## 2) 有職者の自殺予防の介入ポイント

以上のことから、有職者に対する自殺予防の介入ポイントとして、以下の二点を挙げることができる。一つは、企業の健康管理センターなどの産業保健を中心とした、職場におけるメンタルヘルス支援のいっそうの推進である。ただし、従業員50人未満の中小・零細企業従事者や自営業者の場合には、こうした産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくない。そこで、市町村事業におけるメタボリック健診を活用して、精神障害に関する啓発とスクリーニングを行っていく必要があるかもしれない。

なお、精神障害の啓発やスクリーニングは従来、うつ病に特化して行われてきたが、本研究からはアルコール関連問題に対して積極的に取り組む必要があることが明らかにされた。アルコール関連問題を抱えた人はややもすると自身の問題を過小視し、医療的な援助を受けることに抵抗をする傾向がある<sup>22)</sup>。それだけに、産業保健や地域保健のなかで早期発見、早期治療につなげていくことが重要である。そのためにも、専門家や専門外来といったアルコール医療の拡充や、各地域の断酒会等の自助グループとの連携が求められるといえよう。また、地域住民や企業に対して、中高年男性のアルコール関連問題と自殺との密接な関係について啓発活動も必要であろう。

もう一つは、借金の問題解決を担う司法の分野と精神保健分野の連携である。勝又ら<sup>23)</sup>が指摘するように、負債を抱えた自殺のハイリスク者には、経済的・法的介入と精神保健的介入は相補的な支援として提供されるべきであり、そのためにも司法と精神保健との連携が強くと求められるといえよう。医療関係者、精神保健福祉センターや保健所のメンタルヘルス担当者との研修会に司法関係者が参加したり、事例検討会を共同開催したりすることで「顔の見えるネットワーク」<sup>24)</sup>を築き上げていくことが、自殺予防の視点からの借金の問題介入に重要であると思われる。

## 3. 無職者の自殺

### 1) 無職者の特徴

本研究における無職者の特徴として、20～30代、未婚者および女性の割合が高いことが明らかにされた。女性の割合については、警察庁の平成20年中における自殺の概要資料における職業別の男女比（無職男性60.4%、無職女性39.6%）を考慮すると妥当な結果と考えられる。また配偶関係別の自殺の状況

では、20代・30代の自殺者は男女とも未婚が最も多くなっていることが報告されており<sup>1)</sup>、本研究結果を支持するものと考えられる。警察庁の統計では、平成17年を境に中高年の自殺は減少傾向にあるのに対して、20～30代は平成10年以降確実に増え続けており、昨年は30代の自殺率の増加が歴代で最高となり、平成20年に問題化した硫化水素自殺者数のうち約60%が無職者で、20～30代が自殺者数の半数以上を占めていたことも報告されている<sup>10)</sup>。以上のことは、比較的若い世代の無職者に対する自殺予防対策が今後ますます重要であることを示しているといえよう。

本研究における無職者は、統合失調症およびその他の精神病性障害に罹患していた者が多かったが、これは、生まれながらにしてもしくは人生の比較的早期の段階という、社会経験を積むよりも以前に障害を抱えているという特徴を抱えているといえよう。統合失調症は青年期を中心として最も多く発症しやすく、精神症状の再発が経過に大きく影響し、再発の度に社会への適応が困難になることも明らかとなっている<sup>25)</sup>。また厚生労働省の「身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について」<sup>26)</sup>によると、精神障害者の就労状況は17.3%であり、これは身体障害者（43.0%）や知的障害者（52.6%）における割合を大幅に下回っている。これらのことは、本研究における対象者が自殺時点で無職であったのは、単に不景気による雇用の悪化だけが問題ではなく、むしろその背景には、不幸にして人生早期に得た精神障害のために就労能力に制限があった可能性も無視できないことを示唆している。

無職者の自殺というと失業によって自殺に追い詰められるイメージが一般的かもしれないが、サンプル数の少なさといった限界はあるものの、無職者の自殺は決して失業者に限ったことではないことが示されたといえよう。なお、自殺の概要資料<sup>7)</sup>では、無職者の自殺者数（19,251人）における失業者の自殺者数（1,890人）の割合は9.8%であり、最も多いのはその他の無職者（8,644人）で44.9%である。その他の無職者が、精神障害を抱え就労が困難であった人たちであるかどうかの分類は不明であり、詳細な把握が望まれる。そうした中で本研究結果は、自殺した無職者の実態を明らかにするための手がかりとなったことが予想される。

### 2) 無職者の自殺予防の介入ポイント

本研究の結果から、無職者に対する自殺予防の介入ポイントとして次の二点を挙げることができる。第一に、若い世代の無職者に対する対策にあたって

は、単に雇用の促進だけではなく、精神保健的支援を行う必要があるということである。精神障害を抱えた、無職かつ未婚の若年者のなかには、同年代から遅れをとっていることに強い焦燥と将来への不安を抱き、なかには家族に対する罪悪感や引け目意識に苦しんでいる者も少なくないと推測される。こうした若年者に対する就労訓練や家族への心理教育や相談支援、生活支援といった、従来行われてきた精神保健的支援をいっそう強化していくことが精神保健福祉的支援とともに、若い世代の自殺予防の重要性を広く社会に発信していくことが必要である。

第二に、うつ病以外の精神障害、とりわけ統合失調症と自殺の関連についての実態把握である。WHOの調査では、統合失調症は自殺既遂者が罹患していた精神疾患のうち、気分障害、物質関連障害に次いで、三番目に多い精神疾患であり、統合失調症の生涯自殺率は4.9～13%であることが報告されている<sup>27,28)</sup>。統合失調症者の自殺年齢は、30歳代が最も多いという報告もあれば<sup>29,30)</sup>、自殺の3分の1は45歳以降に起きているという報告もある<sup>31)</sup>。また統合失調症の自殺の危険因子に関して、心理社会的な要因による抑うつや絶望感に着目する報告もあれば<sup>32)</sup>、精神病症状の急激な悪化時に着目する報告もある<sup>30,33)</sup>。このように統合失調症と自殺の背景については先行研究において相違がみられ明らかでない部分も多い。統合失調症者への自殺予防の支援の在り方を考える上で、統合失調症と自殺についての実

態を把握するために関連研究の蓄積が求められる。

表3に、本研究の対象における職業の有無別でみた自殺者の特徴と、自殺予防の介入ポイントについて整理したものを示した。

#### 4. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、ここでは、とくに主要な二つの点を挙げておく。第一の限界は、対象の代表性である。本研究の対象者は、あくまでもその遺族が各地域の精神保健福祉センターにおける遺族ケアなどにアクセスし、調査に同意した者に限られている。しかも、単身の自殺既遂者などは前提として調査対象から除外されている。このように代表性が十分に保証されていない少人数の対象者のために、多変量解析を行うことができず、交絡要因の調整を行えなかったことが課題である。警察庁の自殺の概要資料<sup>7)</sup>と本研究における有職者と無職者の比率の差にはこうした限界が影響していることは十分に考えられる。したがって、本研究の結果を、ただちにわが国における職業別でみた自殺既遂者の一般的特徴とするには慎重にならなければならない。

第二の限界は、対象となっている自殺既遂者に関する情報源が家族であるという点である。同居していたとはいえ、家族が知り得る対象者本人の情報範囲には自ずと限界があり、さらにまた、記憶想起のバイアスが混入した可能性も否定できない。

これらの限界は、心理学的剖検研究に対する、科学性という観点からのよくある批判、たとえば「対象に偏りがある」、「遺族からの話だけでは情報源として偏りがある」など<sup>34)</sup>と同じものであるが、自殺既遂者の生前の情報を得るためには、他の適切な方法がないこともまた現実である。大多数の遺族からの協力が得られたフィンランドのような国を挙げての心理学的剖検<sup>35)</sup>等の一部を除いて、心理学的剖検研究の多くが、こうした限界をふまえたうえで、自殺には複数の要因が関与していることを明らかにしている<sup>34,36,37)</sup>。

以上のような限界はあるが、本研究はわが国でも数少ない心理学的剖検の手法を用いて、死亡時の就労状況から自殺既遂者の心理社会的類型について検討したことは意義があると思われる。平成20年10月に一部改正された自殺総合対策大綱（「自殺対策加速化プラン」）の中に、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として「うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う」<sup>9)</sup>として、

表3 本研究における有職者と無職者の自殺の臨床類型

	有職者	無職者
性別	男性が9割	男性が6割
年代	40～50代が多い	20～30代が多い
婚姻	既婚者が多い	未婚者が多い
社会的問題	返済困難な借金のリスクを抱えやすい	
精神疾患	気分障害に次いでアルコール使用障害が多い	気分障害に次いで統合失調症およびその他の精神性障害が多い
介入ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>職場におけるメンタルヘルス支援</li> <li>アルコール使用障害に関する啓発と支援の充実</li> <li>債務処理に関わる司法分野と精神保健福祉分野の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>若い世代の自殺予防に関する啓発と支援の充実</li> <li>統合失調症と自殺の関連性についてのデータの蓄積</li> <li>孤独な生きづらさを和らげるような精神保健福祉的支援</li> </ul>

うつ病以外の精神疾患が初めて記載された。本研究から、うつ病以外の精神疾患に対する自殺予防の取り組みの必要性が実証的に示されたことは大いに意義があると思われる。今後は、さらに対象数を増やすとともに、年齢、性別、居住地を一致させた対照群との比較、および人口動態統計などの全数データの参照、有職者を業種別で詳細に分類した上での分析などを通じて、わが国における自殺の実態把握と自殺予防対策の推進に向けた研究を進める必要がある。

本研究は、平成20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（主任研究者：加我牧子）」の分担研究「心理学的剖検の実施および体制に関する研究」によるものである。調査にご協力いただいたご遺族の方々、ならびに調査員としてご協力いただいた各都道府県・政令指定都市職員の方々に心より御礼申し上げます。

（受付 2009.10. 5）  
（採用 2010. 3.23）

## 文 献

- 1) 内閣府. 平成20年版自殺対策白書. 大分：佐伯印刷, 2008.
- 2) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針について. 2006.
- 3) 厚生労働省. 平成19年労働者健康状況調査結果の概要. 2008.
- 4) 太田保之, 稲富宏之, 田中悟郎. 職場のメンタルヘルスの現状と問題点. 保健学研究 2008; 21(1): 1-10.
- 5) 高橋祥友. WHOによる自殺予防の手引き. 平成14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）総括・分担研究報告書 自殺と防止対策の実態に関する研究（主任研究者 今田寛陸）東京：国立精神・神経センター精神保健研究所, 2007; 385-405.
- 6) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他. 死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による検討. 精神医学 2010; 52(6): 561-572
- 7) 警察庁生活安全局地域課. 平成20年中における自殺の概要資料. 2009.
- 8) 本橋 豊. 秋田県における高齢者の自殺予防対策. 保健医療科学 2003; 52(4): 317-321.
- 9) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 他. 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動：老年期うつ病を中心に. 精神神経学雑誌 1998; 100(7): 469-485.
- 10) 福永龍繁, 林 紀乃. 硫化水素自殺事例の分析. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）総括・分担研究報告書 ネット世代の自殺関連行動と予防のあり方に関する研究（主任研究者 竹島 正）. 東京：国立精神・神経センター精神保健研究所, 2009; 7-20.
- 11) 竹島 正, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他. 心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成19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）総括・分担研究報告書 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（主任研究者 加我牧子）東京：国立精神・神経センター精神保健研究所, 2008; 7-41.
- 12) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友, 他. 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18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）総括・分担研究報告書 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）東京：国立精神・神経センター精神保健研究所, 2007; 7-26.
- 13) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington D. C.: American Psychiatric Association, 1994.
- 14) 高橋祥友. 自殺のサインを読みとる改訂版. III自殺の危険因子と直前のサイン. 東京：講談社文庫, 2008; 97-131.
- 15) 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター. 各都道府県における自殺の概要（平成16年～平成18年）. 2009.
- 16) 高橋祥友. 中高年自殺：その実態と予防のために. 第1章日本の自殺の現状. 東京：筑摩書房, 2003; 15-61.
- 17) Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. Clinical Psychology Review 2001; 21(5): 797-811.
- 18) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, 他. アルコール依存症者の自殺念慮と企図. アディクションと家族 2000; 17(2): 218-223.
- 19) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 他. 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. 精神医学 2009; 51(2): 109-117.
- 20) Hintikka J, Kontula O, Saarinen P, et al. Debt and suicidal behavior in the Finnish general population. Acta Psychiatr Scand 1998; 98 (6): 493-496.
- 21) 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 2004; 40(1): 75-87.
- 22) 斎藤 学. 第1章 飲酒者の自我における対象関係の水準. アルコール依存症の精神病理. 東京：金剛出版, 1985; 3-32.
- 23) 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 他. 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 2009; 51(5): 431-440.
- 24) 日本司法書士連合会消費者問題対策本部地域連携対策部自殺対策WT. 司法書士業務のためのメンタルヘルスハンドブック：自殺予防と遺族支援の取組にむけて. 2009.
- 25) Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, et al. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull 1988; 24(1):

- 75-85.
- 26) 厚生労働省. 身体障害者, 知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について. 2008.
- 27) Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990; 16(4): 571-589.
- 28) Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(3): 247-253.
- 29) 上島国利, 津村哲彦, 大内美知枝, 他. 精神分裂病患者の自殺について: 既遂96事例の分析から. *精神医学* 1981; 23(9): 893-902.
- 30) 安田素次. 精神分裂病患者の自殺企図について. *精神神経学雑誌* 1992; 94(2): 135-170.
- 31) Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154(9): 1235-1242.
- 32) Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A, et al. Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35(2): 171-190.
- 33) Zisook S, Byrd D, Kuck J, et al. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(10): 462-465.
- 34) Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36(5): 491-510.
- 35) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 49 (Suppl 1): S111-S116.
- 36) Arsenaault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37.
- 37) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3): 395-405.
-

## Psychosocial classification of suicide completers by employment situation: A psychological autopsy study

Masato AKAZAWA\*, Toshihiko MATSUMOTO<sup>2\*</sup>, Yotaro KATSUMATA\*, Masahiko KITANI\*,  
Seiko HIROKAWA\*, Yoshitomo TAKAHASHI<sup>3\*</sup>, Norito KAWAKAMI<sup>4\*</sup>, Naoki WATANABE<sup>5\*</sup>,  
Masami HIRAYAMA<sup>6\*</sup>, Akiko KAMEYAMA<sup>7\*</sup>, Yukari YOKOYAMA<sup>8\*,9\*</sup> and Tadashi TAKESHIMA<sup>\*,2\*</sup>

**Key words** : suicide, completed suicide, the employed, the unemployed, psychological autopsy

**Objective** This study sought to clarify psychosocial and psychiatric differences of suicide-completers dependent on their employment situation.

**Methods** Since December 2007, we have been conducting a Japan-wide study on suicide-completers using a psychological autopsy method, a semi-structured interview by a psychiatrist and a mental health professional including a public health nurse with the closest bereaved. Items questioned included family environment, suicide situation, life history, labor situation, economic problems, and psychiatric diagnosis according to DSM-IV criteria at the time of death. As of July 2009, we had collected psychosocial and psychiatric information for 46 Japanese suicide cases.

**Results** More than half of 31 suicide-completers with a job at the time of their death were married men aged 40~59 (mean age  $48.1 \pm 12.6$ ). Many had social difficulties such as alcohol-related problems or debt (38.7% and 41.9%, respectively). More than sixty percent of the 15 unemployed suicide-completers were unmarried and aged 20~39 (mean age  $43.4 \pm 19.9$ ). The percentage of women in the unemployed suicide-completers was significantly higher than that for women with a job. Although social problems were not confirmed in the unemployed, the prevalence of alcohol use disorders was significantly higher in suicide-completers with a job than in those who were unemployed. However, the prevalence of schizophrenia was significantly higher in the unemployed.

**Conclusions** Our findings suggest that to prevent suicide of those with a job, enhanced mental health support in the workplace and a better understanding of the association between alcohol use disorders and suicide are required. To prevent suicide of those who are unemployed, mental health support for the younger generation, particularly in cases with schizophrenia, is recommended.

---

\* Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

<sup>2\*</sup> Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

<sup>3\*</sup> Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, Tokorozawa, Japan

<sup>4\*</sup> Department of Mental Health, Graduate school of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Japan

<sup>5\*</sup> Faculty of Human Science, Kansai University of International Studies, Hyogo, Japan

<sup>6\*</sup> General Research Institute, Seigakuin University, Ageo, Japan

<sup>7\*</sup> The Institute of Humanities and Social Sciences, Nihon University College of Humanities and Sciences, Setagaya-ku, Japan.

<sup>8\*</sup> Department of Health Sociology, Graduate School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Japan

<sup>9\*</sup> Research Fellow of the Japan Society for the Promotion of Science