

筑波大学

博士（医学）学位论文

日本における自殺予防のための電話相談  
利用者の実態に関する疫学研究

2013

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

金子 秀敏

# 目次

第 I 章	文献的考察	
I-A	日本及び世界の自殺の現状とその対策について	2
I-B	自殺の実態についての先行研究	11
I-C	自殺未遂者の実態についての先行研究	20
I-D	本研究の目的	26
第 II 章	調査研究-1 いのちの電話の全国フリーダイヤルによる電話相談の 状況に関する研究	
II-A	目的	30
II-B	対象と方法	30
II-C	結果	31
II-D	考察	37
II-E	結論	42
第 III 章	調査研究-2 茨城いのちの電話における 4 年間の相談状況に関する研究	
III-A	目的	45
III-B	対象と方法	45
III-C	結果	47
III-D	考察	50
III-E	結論	53
第 IV 章	考察	
IV-A	自殺ハイリスク群の対象者とその位置づけ、特徴について	55
IV-B	本研究の限界と課題	57
第 V 章	結語	60
第 VI 章	謝辞	63

第Ⅶ章	引用文献	-----	65
第Ⅷ章	図表	-----	76
(付)	参考論文	-----	148

# 第 I 章

## 文献的考察

## 第 I 章 文献的考察

### I-A 日本及び世界の自殺の現状とその対策について

#### (1) 日本と世界の自殺の現状

近年の日本の自殺の現状としては、2012年には27,858人と3万人を下回ったものの、1998年以降から14年連続で自殺者数が年間3万人を超えるという深刻な状態が続いていた<sup>1)</sup>。この自殺者数の年次別の変化を見ると、1997年の24,391人から1998年の32,863人への急激な増加があり、それ以降自殺者数は高止まりの状態を続けていた<sup>1)</sup>。1997年の証券会社最大手の一角であった山一証券の経営破綻を始めとして、バブル崩壊後に最も多くの企業倒産があったことから、1997年から1998年にかけての自殺者数の激増の要因は不況による経済問題が原因であると説明されることが多いが、その真の要因については明らかにされていないとされている<sup>2)</sup>。

日本の自殺率は年度により異なるが、1998年以降は約25前後（10万人対）の高い水準が続いている<sup>3)</sup>。G8に参加する先進国の間での自殺率を比較すると、日本の2009年の自殺率は24.4（10万人対、以下、自殺率を示す場合は断りのない限り同じとする）であるが、これはロシア（2006年）の30.1について2番目に高い<sup>3)</sup>。世界保健機関（WHO）による国際的な自殺率の比較においても、日本は10位以内の上位に位置することが多く、世界的にみても有数の自殺率の高い国であることが知られている<sup>3,4)</sup>。

1990年代初頭から WHO は、毎年世界中で約100万件の自殺が生じ、精神保健上の最重要課題の一つであると警告を発しており、自殺予防は精神医学・精神医療の課題であり、またこれらを含めて広く公衆衛生学上の課題であるとしている<sup>4,5)</sup>。100万人という数字は仙台市とほぼ同じ人口が毎年自殺のために地球上から姿を消していることを意味している<sup>4)</sup>。また、日本の年間3万人という数字は、毎日80人から90人の人が亡くなっていることを示しており、戦時下でもない国において、これほどの人数が亡くなっていることは異常事態であると言われている<sup>2)</sup>。

自殺は当事者一人だけの問題ではなく、周囲に大きな影響を与えるものである。自殺者の周囲にはその甚大な影響を受ける人が5人はいると言われている<sup>6)</sup>。同様に、統計上明らかになっている自殺者数に対して、その10倍以上の自殺未遂者がいると推測されることや、1人の自殺者に深刻な精神的影響を受ける人々が少なくとも5人はいるとする報告がある<sup>7)</sup>。実際に、清水らによる一般地域住民への調査では、4人に1人の割合で身近な人の自殺を経験しているとされている<sup>8)</sup>。

自殺の社会・経済的な影響の評価では、2004年の WHO の global burden of disease における DALYs（Disability-Adjusted Life Year; 障害調整生命年）より、原因別にみた全世界における自殺による社会・経済的損失の影響の割合は全体の1.3%であり、上位20位に位置していたと報告されている<sup>9)</sup>。また、2010年に厚生労働省から発表された推計では、自殺やうつに

よる社会的損失の推計額は、2009年の単年度で約2.7兆円であり、2010年での GDP 引き上げ効果は自殺やうつ病がなくなった場合に推定で約1.7兆円であると報告されている<sup>10)</sup>。すなわち、経済的に見ても自殺が日本社会に大きな損失を与えていることが明らかである。

このように、自殺の影響は個人やその周囲に留まるレベルのものではなく、社会全体に極めて大きな影響を及ぼすことが明らかである。そのため、自殺防止対策の策定は日本社会にとって重要な課題である。

## (2) 日本と世界の自殺防止対策について

### 1. 世界での自殺防止対策の流れ

1991年の国連 (UN) 総会において、世界の自殺問題の深刻さが認識され、国のレベルで自殺予防の具体的な行動を開始することが提唱された。これを受けて、1993年5月にカナダのカルガリにおいて、自殺予防のための国のレベルでのガイドライン立案のための専門家会議が UN と WHO によって共同主催された。この会議に基づいて、1996年に国際連合と WHO から国のレベルでの自殺予防対策立案のためのガイドラインが発表された<sup>4, 11, 12)</sup>。この UN/WHO の自殺予防ガイドラインでは、以下に挙げる項目に基づいて自殺予防対策を立てることを提言している<sup>13)</sup>。

- ①各国の実情に合わせて独自の予防対策の方針を立てる
- ②自殺に関する研究、訓練、治療のための組織を整備する
- ③総合的な取り組みで自殺予防対策を進める
- ④最重要課題が何であるかを見きわめる
- ⑤自殺に関する正確なデータ収集システムを整備する
- ⑥ハイリスク者への対策を徹底する
- ⑦ハイリスク者を長期にフォローアップする態勢を作る
- ⑧ハイリスク者が問題解決能力を高めるように助力する
- ⑨ハイリスク者を総合的にサポートする
- ⑩ハイリスク者を抱える家族をサポートする
- ⑪ゲートキーパーのための訓練プログラムを作る
- ⑫精神疾患や自殺予防に関する正確な知識を教育する
- ⑬専門家に対して自殺予防に関する正しい知識を教育する
- ⑭プライマリケア医を対象に自殺予防に関する生涯教育を実施する
- ⑮プライマリケア医と精神科医の連携を図る
- ⑯生命の価値を再考するように地域に働きかける
- ⑰学校における自殺予防教育を実施する
- ⑱危険な手段を法的に規制する
- ⑲自殺後に遺された人をケアする

## ⑳ マスメディアとの協力関係を築く

カルガリ会議では、自殺に関する世界各国の実情が極めて多様であることが明らかになっている。そのため、このガイドラインはあくまでも叩き台とすべきものであって、各国の社会経済文化的状況に合わせて、独自の自殺予防戦略を立案すべきである点が強調されている<sup>13)</sup>。上記のガイドラインの項目でも、自殺に関する正確なデータ収集システムの整備や最重要課題が何かを踏まえることが必要であるとされており、その国での自殺の実態把握を行うことが自殺防止対策の策定には重要であることが示されている。

## 2. 海外での自殺防止対策の取り組み

世界各国における自殺に関する実態が多様であることと同じく、世界各国における自殺防止対策も多様である。その取り組みを見てみると、国のレベルで自殺予防対策を立てている国、国の指導を待たずに草の根レベルで自殺予防が実施されている国、自殺予防に焦点を当てず精神保健の質を上げることが自殺予防につながると考えている国、と様々であるとされている<sup>4)</sup>。以下に海外での自殺防止対策への取り組みを述べる。

### 2-a. フィンランドにおける実態調査とそれに基づく自殺防止対策について

フィンランドは国のレベルでの自殺予防対策が成功した例として取り上げられることが多い。ヨーロッパの中でもフィンランドは歴史的に自殺率の高い国であり、その自殺率は1990年には30を超えていて、現在の日本よりも高い値であったが、地道な自殺防止対策を粘り強く実施し、自殺率を約3割低下させることに成功した国として知られている<sup>4)</sup>。

フィンランドでは、その高い自殺率が問題であると認識されていて、1974年には国会の特別委員会で自殺予防対策の必要性が指摘されるなど、さまざまな自殺予防対策が早くから実施されていたが、十分な効果が上がらなかった。しかし、1980年代になって、外圧と内圧によって国家計画としての自殺予防対策の必要性が強く認識された。外圧としては1960年代から各国の自殺率をモニターしてきた WHO が一貫してフィンランドに自殺予防対策の実施を求め続けていたことで、内圧としては、当時フィンランドの厚生福祉大臣だった Eeva Kuuskoski が夫を自殺でなくすという体験をしていたために、個人的に自殺予防に極めて高い関心を持ち、主導的な役割を發揮したことであると報告されている<sup>13)</sup>。まず厚生福祉大臣がヘルシンキ大学精神科教授 Jouko Lönnqvist を国立公衆衛生院 (NPHI) の自殺予防計画の総責任者とした。Lönnqvist は1986年に予備調査を1年間実施し、自殺の実態調査のための基本計画を立てた。さらに、1986年9月に約1,000人の共同研究者を集めて、研究を始めるにあたって教育を実施し、研究の方向性について共通認識を得た。1987年4月から1988年3月までの1年間にフィンランドで生じた自殺1,397件について心理学的剖検の手法を用いた調査を実施した。この調査の協力依頼に応じた人は96%もの高い率であったとされている。調査のための訓練を受けたフィールドリサーチャーが、遺族、故人に最後に会っ



た人、医療関係者などに面接、情報を収集した。これらの調査をもとに、様々な分野の専門家からなるチームが全例について討論し、最終的な事例報告書が作成された。この1,397例からなるベースラインデータが、その後の自殺予防対策を策定する上での要となっている。調査結果から数多くの学術論文が発表されているが、その要点は以下の4つである。

- ① フィンランドの自殺者の大多数（93%）は最期の行動に及ぶ前に何らかの精神疾患の診断に該当する状態にあった。
- ② うつ病、アルコール依存症、その両者の合併で、全体の約八割を占めていた。
- ③ その中で適切な治療を受けていた人はごく少数であった。
- ④ 男性が自殺者全体の四分の三を占めていた。

NPHIの方針はいわゆる **medical model**（または **high risk approach**）に基づいており、上記の結果からうつ病やアルコール依存症を早期に発見し、適切な治療を実施することが、フィンランドの自殺予防を進めるうえで特に重要な課題であると考えられた。一方、国立福祉保健研究開発センター（STAKES）は **community model**（または **population approach**）によって自殺予防対策を実施した。これは UN/WHO の自殺予防ガイドライン作成委員の一人である **Maila Upanne** が総指揮をとり、一般の人々に対する自殺予防の具体的対策の実施を担当した。地域の健康な人を対象に問題解決能力を高めるような教育を実施していくものであり、その要点は以下である。

- ① 地域の人々に対して精神疾患について正しい知識を教育する
- ② 精神疾患に対する偏見を減らすように働きかける
- ③ 困ったときには助けを求めてもよいというメッセージを伝え、助けを求めるのはむしろ適応力の高い反応であると教育する。
- ④ どこに助けを求めたらよいかという点についても正しい情報を提供する。

自殺予防には、この **medical model** と **community model** の双方が必要であり、どちらか一つだけでは十分な効果が上がらないとされており、この点は UN/WHO の自殺予防ガイドラインでも繰り返し強調されている<sup>12)</sup>。NPHI と STAKES が両軸となって、若年、中高年、高齢者といったライフサイクルにそった自殺予防、一般の職場や特殊な職場（警察、消防、軍隊）などにおける自殺予防、ハンディキャップのある人に対する自殺予防、都会と地方における自殺予防といったように具体的な自殺予防対策が策定され、実施されていった。

政府や研究者、医療関係者だけでなく、以下のような様々な団体が自殺予防に取り組んだ。高度に情報化した現代社会においてはマスメディアが果たす役割は大きく、自殺予防の分野でも同じである。フィンランドにおいては、ガイドライン作成の段階からジャーナリストの代表者に委員会への参加を呼びかけ、専門家とジャーナリストが協力して自殺報

道のガイドラインが作成されていった。メンタルヘルスに関して一般の人々に正しい知識やサービスの提供を行う NGO であるフィンランド・メンタルヘルス協会も重要な役割を果たしている。メンタルヘルスの促進、情報の提供、ソーシャルワーク、一般人向けの教育、心理療法の技術の向上、電話相談活動などを行っている。電話相談を実施している SOS センターは1970年に設置されたが、ここでは電話相談だけにはとどまらず、相談者が危機に瀕していると判断された場合は、実際に出動したり、警察と連携をとって、センターで危機介入を実施したりすることもあるとのことである。さらに、1990年頃からフィンランドのほぼ全土に危機介入チーム（Crisis Intervention Team、以下 CIT とする）が結成された。アメリカ版の CISM（緊急事態ストレスマネジメント）を採用していて、教育、訓練はノルウェーで行われている。自然災害や事故などが起きた場合、CIT の派遣がごく日常的に要請される。自殺が生じた後も、残された人々へのケアのために CIT が出動する。CIT の派遣が要請される緊急事態の中では、自殺が要請理由の第一位となっている。また1993年からは、学校における自殺予防プロジェクトが実施されるようになり、9-18歳の学生や教師を対象とする3日間のカリキュラム、危機対応のカリキュラムなども整備されている。

このように、フィンランドにおいては、様々な団体が緊密に連携して地道な自殺予防活動を粘り強く実施し、その結果十数年をかけて自殺率を約30%低下させることに成功している。ただし、単に精神保健政策のみによって自殺率の大幅な低下に成功したとは言われてはいない。ソビエト連邦の崩壊といった歴史的出来事も同時期に起こっており、当時のフィンランドでは IT 産業の勃興があり経済的に安定を見たという時期でもあり、このような社会、経済、心理的な変化が自殺率減少の背景に認められるとされている。さらに、自殺予防対策は数年間で効果の現れるものではなく、長期的方針が必要であることもフィンランドの関係者は繰り返し強調しているとされている。当初は3年間のプロジェクトとして開始されたが、十分な期間ではないとして延長され、計10年間実施し、その後外部の専門家による評価に2年間をかけている。スウェーデンやオランダなど外国の専門家による公正な外部評価を受けて、活動の質も高いと判定されている。今でも自殺予防活動は地道に進められており、2009年のフィンランドの自殺率は19.3であり<sup>14)</sup>、日本よりも低い値を維持している。フィンランドは国のレベルでの自殺予防対策が成功した例として取り上げられることが多いが<sup>4, 13, 15, 16)</sup>、その取り組みからは、自殺予防対策を実施するにあたっては、第一に自殺の実態把握が必要であり、その実態に基づいた対策が検討されるべきであること、そして組織的・包括的な方針を持って計画を定め推進していくことがきわめて重要であると示されているものと考えられる。

## 2-b. その他の海外での自殺防止対策の取り組みについて

フィンランドの取り組みの中でも述べているが、うつ病は自殺の主要リスクである。自殺者の多くが死亡前に精神科以外の一般開業医を受診していることを考えれば<sup>13, 15)</sup>、一般開業医によるうつ病の早期発見及び適切な治療が自殺予防に有効であるといえる。Rutz らに

より1983年および1984年にスウェーデンのゴットランド島のすべての一般開業医に対して実施された2日間のうつ病診療のための研修プログラム（ゴットランド研究）の結果、1985年における自殺率、うつ病に対する入院治療件数およびうつ病による病欠の頻度は有意に減少した。プログラムの終了から4年後には、自殺率およびうつ病に対する入院治療件数は1982年とほぼ同じレベルにまで減少したと報告されている<sup>17)</sup>。ただし、ゴットランド研究では、その後自殺率が元の水準まで上昇してしまったことも特徴的である。一般開業医への研修プログラムが資金上の理由から2年間限定で終了してしまったこと、ゴットランド島では毎年多くの医師が離島し、かかりつけ医の大多数が入れ替わってしまうこと、研究を主導した Rutz がこの事業で有名となり、WHO で勤務するために島を離れたために、プログラムの継続性が保たれなかったことなどが自殺率再上昇の理由とされている<sup>2)</sup>。また、同様な一般開業医を対象とした自殺予防プログラムのうち、プライマリケア受診高齢者の自殺予防に関する共同試験（PROSPECT 試験）においても<sup>18)</sup>、ハンガリーでの一般開業医およびその看護師を対象とした5年間のうつ病管理教育プログラムにおいても<sup>19)</sup>、うつ病の発生率および希死念慮・自殺率が対照群に比べて有意に低下したことが確認されたと報告されている。

これらの先行研究からは、一般開業医へのうつ病研修プログラムが自殺予防に効果的であることが示されているが<sup>20)</sup>、同時に、自殺予防効果を持続させるためには、自殺予防対策そのものの継続性が必要であることも明らかになったといえる。

自殺手段に関する対策も有効であることが知られている。Hawton らによるパラセタモールおよびサリチル酸の包装容量を制限した英国の法律とその服毒自殺に対する効果に関する研究や<sup>21)</sup>、スリランカにおける有害な農薬の制限<sup>22,23)</sup>、米国における銃の販売時の待機期間と購入希望者の身元調査を行う規制<sup>24)</sup>、香港（中国）における地下鉄自殺防止のための仕切りの設置<sup>25)</sup>、自殺手段としてのアジアの都市部で多く用いられていた木炭の入手制限<sup>26)</sup>などの取り組みにおいて、自殺率が有意に減少したことが報告されている<sup>20)</sup>。

英国の自殺手段に関する取り組みの詳細を見ると、英国では1998年までパラセタモールは、ばら売りの錠剤とブリスター包装された錠剤とが販売されていたが、パラセタモールの服用して自殺を図った人の過量服薬量が、ブリスター包装の錠剤を服用した人の方がばら売りの場合よりも少なかったという実態を踏まえて、パラセタモールの包装容量を制限するという全体的予防介入が実施されたというものである。

自殺手段に関する中で一例として英国の例について詳細に述べたが、これらの自殺率の低下に有効であった各国の自殺予防対策に共通しているのは、全ての介入において、実態把握が十分に行われたうえで、その課題に焦点を絞ってアプローチを行っていることであり、強調すべき点であると考えられる。

### 3. 日本での自殺防止対策の取り組み

#### 3-a. 日本における自殺防止対策の流れについて

日本においては、1998年の自殺者数の激増の後、2000年に厚生省の関連団体から発表された「健康日本21」の中で、2010年までに年間自殺者数を22,000人以下にするという数値目標が掲げられる形で、1998年以後初めて自殺問題に言及された<sup>27, 28)</sup>。これは、具体的な対策には言及することのない、まったく現実からかけ離れた数値目標であったとされており<sup>2)</sup>、実際にも達成できなかった。その後、厚生労働省は2002年に自殺防止対策有識者懇談会を招集し、同年12月に「自殺予防に向けての提言」が発表され、勤労者のメンタルヘルスのための指針策定などの関連対策が実施された<sup>29)</sup>。2005年には参議院厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ<sup>30)</sup>、自殺対策の戦略研究（J-MISP、NOCOMIT-J、ACTION-J）が開始された<sup>31, 32, 33)</sup>。2006年には自殺対策基本法が成立、施行され<sup>34)</sup>、前年の「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」に基づいて「自殺予防総合対策センター」が設置された。2007年には「自殺総合対策大綱」が成立し、2016年までに2005年の自殺率（24.2）から20%以上減らすことが数値目標として掲げられた<sup>35)</sup>。自殺対策基本法、そして自殺総合対策大綱によって、ようやく政府・民間が協働して自殺対策が実施されるようになったと言われている<sup>36)</sup>。また、自殺対策基本法の成立に際しては、民間のNPO団体であるライフリンクが主導した自殺対策の法制化を求める署名運動である10万人の署名の提出<sup>37)</sup>と自殺対策を考える議員有志の会<sup>38)</sup>の連携など、まさに政府と民間の協働により自殺対策を法制化する動きが加速され、議員立法として成立したという経緯があることも特筆すべきことである。

2008年には「自殺対策加速化プラン」の決定にあわせ<sup>39)</sup>、自殺総合対策大綱が一部改正され<sup>40)</sup>、「お父さん眠れてる？」をキーワードとした「睡眠キャンペーン」が内閣府により実施されている<sup>41)</sup>。この睡眠キャンペーンは2006年から実施されていた静岡県富士市の「働き盛りのうつ自殺対策・モデル事業」の柱として展開されていたキャンペーンを元に全国展開されたものである<sup>42)</sup>。2010年には「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が策定され<sup>43)</sup>、月別自殺者数の最も多い3月が「自殺対策強化月間」と設定され、広報啓発活動が実施されるようになっていく。2012年8月には自殺総合対策大綱について初めて全体的な見直しが行われ、「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<sup>44)</sup>。この中では、国を挙げて「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すこと」が明示され、若年層への取り組みの必要性や新たに自殺未遂者のケアに関する取り組みを行うこと、自殺予防週間（9月10日～16日）や自殺対策強化月間（3月）の推進、ゲートキーパーの養成の促進などの当面の重点施策が示されるようになった。これらの近年の国の自殺対策の推移を表I-1に示しているが、それぞれの事業は必要不可欠なものであるが、1つの大きなプロジェクトの中で体系的に実行されているのではなく、その時々で単独で行われてきたというのが実情であるとされている<sup>2)</sup>。現在は日本の自殺防止対策を主導する役割は内閣府が担っているが、その総括担当官は真の専門家ではなく、2年程で交代してしまい、長期的な戦略に基づいた自殺予防対策など望むべくもないとする意見もある<sup>13)</sup>。

このように、自殺対策基本法、そして自殺総合対策大綱によって、ようやく政府・民間が協働して自殺対策が実施されるようになったことは大いに評価すべきことであるが、フィンランドにおける自殺の実態調査に基づく、明確な戦略と長期的な視点にたった包括的な自殺防止対策と比較すると、いまだ日本における自殺防止対策の取り組みに関する現状は不十分であると言わざるをえない。

### 3-b. 日本における自殺防止対策の取り組みについて

先に述べたように、日本で自殺防止対策への取り組みが本格的に始まったのは1998年以降、特に国レベルでの実質的な動きがあったのは2000年からであると考えられ、世界より10年単位で遅れているといえる。自殺対策基本法、自殺総合対策大綱によりいくつかの研究や活動が始まっているが、日本での自殺防止活動はその端緒についたばかりであるといえる。

その中で、日本においても先駆的な取り組みについて以下に述べる。松之山試験は、1985年から新潟県東頸城郡松之山町（現十日町市）において高齢者への自殺対策として実施されてきた老年期保健活動への取り組みであり<sup>45)</sup>、日本各地での地域活動の手本とされている。新潟県は高齢者の自殺率が全国平均よりも高く、その中でも東頸城郡はさらに一層高い自殺率を示していた。日本全体の自殺率が25前後であるのに対して、600～700を超えるような年が認められる程であった。そこで、新潟県環境保健部は、「老人の心の健康増進及び自殺防止」の事業を1985年度から開始し、そのモデル地区として東頸城郡の6町村が選ばれた。まず、新潟大学医学部精神科や新潟県精神保健センターが中心となって、その地域の老年期うつ病の疫学調査を実施し、うつ病の早期発見・早期治療を目指した。次に、地域ごとに順次、うつ病罹患が疑われる住民を発見するための一斉調査として、高齢者のうつ病のスクリーニングを実施した。そして、うつ病が疑われる高齢者に対して、医師と保健師が家庭訪問し面接を行った。うつ病と診断された場合には、松之山町で診療所の医師と精神科医、保健師がその高齢者のうつ病治療計画、保健指導計画、フォローアップ計画について話しあい、連携して実施していった。またこれと並行して、町民や役場の職員に対して、うつ病の理解のための、そして高齢者の自殺予防に関する啓発的な講演を繰り返し行い、役場では健康相談会を開催した。この取り組みを主導した一人である、新潟大学の精神科医の高橋らによると、こういった人が集まる機会が増えるにつれて、自殺対策ばかりではなく、住民と役場職員との間で町興しの話し合いが行われたり、住民から役場への要望の機会が生まれるようになったりと、住民と役場職員の関係が近くなったことも自殺の低減に影響したとされている<sup>2)</sup>。最初に実施された老年期うつ病の疫学調査で、必ずしもうつ病の有病率が並はずれて高いわけではないことが明らかになった。また高齢者の高率な自殺の背景に「高齢者が孤立する傾向」が明らかになり、心理的な側面としては、自殺を容認・肯定する文化、あるいは役に立たなければ生きていく意味がないとする文化が背景にあることが明らかになった。松之山町では、独居よりも同居者のいる高齢者に自殺が多いとい

うことや、自殺の生じるタイミングは家族が午前・午後の農作業に出かけた後の時間帯に多いということが明らかになった。そこで、うつ病対策に終始するのではなく、町の高齢者の置かれた状況や自殺が起こるタイミング、そして最も重要な高齢者の心理に光を当て、啓発活動や介入活動が行われたとされている。その上で、啓発による住民や役場職員の意識変革、住民相互の、あるいは住民と役場職員とのつながりの再構築といったものが、かなり自殺予防に効果を示したのではないかと考えられる。これらの活動の結果、新潟県東頸城郡松之山町の高齢者の自殺率は、活動開始以前の1985年には434であったのが、1996年には123にまで低下させることに成功している。

この活動は、自殺率を低下させたエビデンスを示した高齢者への自殺対策である松之山試験として世界的にも有名であり、高く評価されている。これは地域における系統的な取り組みの努力が実を結んだという意義深い活動であり、1999年4月にオーストラリアで開催された国際自殺予防学会でも、この活動はすぐれた自殺予防活動として表彰されている<sup>46)</sup>。松之山試験においては、当初は老年期うつ病に注目した **medical model** であり、**high risk approach** を主眼とした活動として計画されていたが、疫学調査により老年期うつ病の有病率だけでなく、心理的な側面や自殺のタイミングも重要な要素であったという実態把握に基づいて、**community model** の問題に対して **population approach** として必要な啓発活動や介入活動を計画して同時に実施したということが有効な対策になった重要な要因であると考えられる。すなわち、現状を正しく把握して、適切な介入を実施すれば、自殺を減少させることができるということが実証されたと言える。

同様に、地域の高齢者を対象とした研究としては、小山らによる65歳以上の高齢者を対象とした自殺予防プログラムがある。このプログラムは、精神科医によるうつ病及び自殺リスクに関する情報を提供する教育プログラムと、参加者がより良い対人関係を構築する支援を目的とする、ボランティア活動、室内活動および身体的活動を行うグループ活動プログラムの二つのプログラムから構成されている。この介入プログラムにより、介入開始の10年前と比較すると、2つの対照地域では男女どちらも有意なリスク変化は見られなかったのに対して、介入地域の65歳以上の高齢者の自殺による死亡リスクは男性で73%、女性で76%減少したと報告されている<sup>47)</sup>。

その他にも青森県六戸町の「こころのケアナース活動」<sup>48)</sup>、岩手県久慈市の「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」<sup>49)</sup>、秋田県由利本荘市の「住民の紙芝居・演劇による普及啓発活動」<sup>50)</sup>、など日本のいくつかの地域では、地域レベルでの先駆的な自殺防止活動が実施されており、効果を挙げつつある。

日本における自殺防止対策の取り組みは、国レベルで見るとまだ開始されたばかりであるとされているが、このように地域レベルで見ると先進的な取り組みが行われ、実際に自殺率を減少させる効果が上がっている。ただし、海外での有効な取り組みの例と同様に、実施前に実態把握が十分に行われたうえで、介入が計画され実施されていることが、著明な効果につながっていることとして、繰り返し強調すべき点であると考えられる。

## I-B 自殺の実態についての先行研究

先に述べたように、自殺の実態把握が有効な自殺防止対策を検討する上で、欠かすことのできない条件であるといえる。以下に、日本での近年の自殺の実態について述べる。

### (1) 日本における自殺既遂者の統計

#### 1. 日本の自殺統計の位置づけ

日本における自殺既遂者の統計については、「警察庁の自殺統計原票」を集計した結果（自殺統計：自殺の概要資料として公表されるもの）と「厚生労働省の人口動態統計」の二つが公表されている<sup>51)</sup>。例年、厚生労働省から発表された数は警察庁によりも1,000～2,000人程度少なくなっている。例えば2012年においては、自殺の統計原票では27,858人であるが<sup>1)</sup>、人口動態統計では26,400人であると報告され解離がある<sup>52)</sup>。この差については以下の理由であるとされている<sup>51)</sup>。

##### ①調査対象の差異

「自殺統計」は、日本における外国人も含む総人口を対象としているのに対し、「人口動態統計」は日本における日本人を対象としていること。

##### ②調査時点の差異

「自殺統計」は、発見地を元に自殺した発見時点で計上しているのに対し、「人口動態統計」は住所地を基に死亡時点で計上していること。

##### ③事務手続き上（訂正報告）の差異

「自殺統計」は、捜査等により、自殺であると判明した時点で、自殺統計原票を作成し、計上しているのに対し、「人口動態統計」は自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理しており、死亡診断書等について作成者から自殺の旨の訂正報告がない場合は、自殺に計上していないこと。

また「自殺統計」は業務統計であり、「人口動態統計」は調査統計であるといった統計データとしての性質の差もあるが、それぞれ日本の自殺の実態を把握する上で基本となる重要な統計データである。日本全体の自殺を論じるときには、日本人以外も含む全国民を対象とするのが妥当であるから、日本の自殺者数としては警察庁の自殺統計原票による「自殺統計」が参照されることが多く、1998年以降の「年間3万人以上」という人数も警察庁の「自殺統計」のデータによるものである。ただし、警察庁の報告でも、自殺が正確に把握されていないのではないのかという問題がある。例えば、日本においては監察医制度が制定・運用されているのは東京23区、大阪市、神戸市、横浜市、名古屋市のみに限られており<sup>53)</sup>、異状死の全例に検案や解剖が行われているわけではなく、自殺の一部が自殺以外として報告されている可能性は否定できない。WHOによれば、各個人の死因を特定するための確立された、かつ妥当な検視システムを持つ国でのみ、最も信頼性の高い自殺データを入手できるとされており、データの収集方法や社会経済的・文化的要因によって自殺が意図的にも偶発的にも誤判別されたり過少報告されたりする可能性は大いに存在するとされている

20)。日本では全死亡に占める異状死体の割合は約15%であり、欧米では日本の2倍以上の30～40%に達しているとされており、この差異は、明らかに欧米では異状死体として届けられている死の多くが、日本ではいまだ届けられていない状況が続いていることを示しているとする報告もある<sup>54)</sup>。日本においても、家族をよく知っているかかりつけ医が、死亡診断書に死因として「自殺」と明記するのを避ける傾向があるとされている。例えば、実際には高所からの飛び降り自殺であったのを、頭部外傷による死亡と記録したり、薬物の過量服用による自殺を、急性薬物中毒による死亡と記録したりと、自殺とはっきり書かないことは珍しいことではないとされている<sup>4)</sup>。その他にも交通事故や転落事故を含む自損事故の一部は自殺だと言われており、不審死の中にも自殺が紛れているといわれている。Lönngqvistらのフィンランドにおける調査では、最終的に不審死と判断されたケースのうち、87%に以前から自殺の意思があったこと、31%に自殺未遂歴があったこと、23%にうつ病があったこと、31%にアルコール依存症があったことなどが分かったとされており、これらの隠れた自殺により、自殺者数は実際より10%ほど低く見積もられている可能性があることが報告されている<sup>15)</sup>。

これらのことから、警察庁の自殺統計ですら自殺者数の実数よりも少なく報告されている可能性があることが考えられ、より正確な死因把握と情報収集のシステムが必要であるといえる。

## 2. 自殺統計の内容

警察庁の自殺統計はあくまで基礎データであるが、日本の自殺を検討する上では現状では一番信頼でき、基本となる統計データである。以下に性差、年代、職業、動機について内容を概説する。

### 2-a. 自殺統計での性差について

2012年の警察庁の自殺統計によると<sup>55)</sup>、全体の27,858人のうち、男性が19,273人(69.2%)、女性が8,585人(30.8%)で男性の占める割合が多かった。男性が約70%、女性が約30%と女性よりも男性が多いという傾向は日本では以前から続いていて、ここ数年でその構成比に大きな変化はない。世界的に見てもこの傾向は同様であり、各国で比率に違いはあるが既遂自殺は圧倒的に男性に多いことが知られている。先行研究でも述べたように、自殺とうつ病には関連があることが知られており、うつ病の有病率は女性が高いのであるから、女性の自殺が多くなるはずであるが、実際には男性の方が多い。この理由としては、男性は就労者の割合が女性よりも高く、仕事上の問題からストレスに多く曝されていることが考えられることや<sup>2)</sup>、以下のいくつかの仮説が関与しているとされている<sup>2,4)</sup>。

- ① 衝動性をコントロールする能力は女性の方が優れていること。男性は問題解決場面で、敵対的、衝動的、攻撃的な行動に及ぶ傾向が強いこと。
- ② ①とも関連し、自殺を図ろうとするときに、男性はより危険な手段を取る傾向が強



いこと。

- ③ 男性は女性に比べて仕事以外の人間関係に乏しく、コミュニケーション能力にあまり長けていないこと。問題を抱えたときに女性の方が他者に相談するといった行動に対して抵抗感が少なく、柔軟な態度を取ることができる。「強くなければならない」「他人に弱みを見せてはならない」といった社会的制約が男性では強すぎて、問題を抱えたときに誰かに相談するといった態度をとれず、すべてを一人で抱え込んでしまおうとする傾向が明らかであること。精神科受診に対する抵抗感も一般的に男性の方が強いとされていること。

他にも、デンマークでは1922年以降、女性の自殺率が124%上昇したが、同時期の男性の自殺率の上昇は26%であったという変化の時期があり、その背景としては、女性でも医師、看護師、弁護士、研究者、管理職といった専門職の自殺率は、専業主婦に比べて高かったことが報告されている<sup>2)</sup>。このような研究から、今後、女性の社会進出が進み、男性と同様のストレスに曝されるようになると、日本の自殺率の男女比にも変化が現れる可能性がある<sup>2)</sup>。このように自殺の性差は、社会文化的な背景と、生物学的な差異などが関与していると考えられる。

#### 2-b. 自殺統計での年代について

2012年の警察庁の自殺統計において、年代別の自殺者数を見ると、「60歳代」が4,976人（17.9%）、「50歳代」が4,668人（16.8%）、「40歳代」が4,616人（16.6%）、「30歳代」が3,781人（13.6%）、「70歳代」が3,661人（13.1%）、「20歳代」が3,000人（10.8%）の順となっている<sup>55)</sup>。40歳、50歳、60歳代を合わせると全体の51.3%となり、日本の自殺の半数を占めることになる。1990年代以降、最も問題となっているのは働き盛りの世代の自殺の増加であり、1998年の自殺数の激増の中でも、中高年の男性の自殺の増加が全体の増加に直結しているとされている<sup>2,29)</sup>。年代別の自殺率については、世界的には一定の傾向が認められ、社会変動が激しい地域では若者、特に若年男性の自殺率が上昇する傾向があり、先進国でほぼ共通している点として、高齢者が高い自殺率を示す傾向があることとされている<sup>2)</sup>。

#### 2-c. 自殺統計での職業について

同様に、職業別の自殺者数を見ると、「無職者」が16,651人（59.8%）、「被雇用人・勤め人」が7,421人（26.6%）、「自営業・家族従業者」が2,299人（8.3%）、「学生・生徒等」が971人（3.5%）、「不詳」が516人（1.9%）の順であり、無職者が半数以上を占めて最も多く、2番目に就労者が多くなっている<sup>55)</sup>。

#### 2-d. 自殺統計での動機について

警察庁の自殺統計では動機を調査しており、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに原因が推定できる場合として、動機を分類している。2012年の自殺統計では、「原因・動

機推定者」が20,615人(74.0%)、「原因・動機不特定者」が7,243人(26.0%)とされている。原因・動機が明らかなもののうち、「健康問題」が13,629件、「経済・生活問題」が5,219件、「家庭問題」が4,089件、「勤務問題」が2,742件、「男女問題」が1,035件、「学校問題」が417件、「その他」が1,535件の順であり、「健康問題」が半数近くと最も多く、2番目が「経済・生活問題」となっている<sup>55)</sup>。なお、上記の原因別の件数を合計すると28,396件となり、「原因・動機推定者」の20,615人を超えてしまうが、これは2007年に自殺統計原票が改正され、遺書等の自殺を裏付ける資料から原因・動機を推定する際に、1人につき3つまで計上可能とされたためである。全例について3つまで計上しているわけではなく、複数の原因を何人に対して計上したかについては明らかにされていない。さらにこの原因・動機の調査は、一般の警察官が行うものであり、精神医学や心理学の訓練や知識が十分な専門家により行われているわけではないため<sup>56)</sup>、表面的に現れている原因のみが拾い出されている可能性が高い。また、3つまでという限られた原因・動機を取り出している点も考慮する必要がある。例えば、現在は「健康問題」が第一位の原因となっているが、1999年の統計までは、「病苦」や「アルコール依存症を含めた精神障害」といった分類がされていたのだが、その後その両方を合わせて「健康問題」として一括りにされるようになっていく<sup>57)</sup>。したがって、「健康問題」が身体疾患を苦しめたものか、精神疾患に悩んでいたのかさえ分からないとされている<sup>4)</sup>。

毎年自殺統計が発表されると、健康問題に次いで多い「経済・生活問題」を不況の影響の証拠であるとマスコミは大きく報道する向きがあるが<sup>58, 59, 60, 61)</sup>、上記の調査・分類の仕方から分かるように、短絡的な解釈であり、自殺は様々な原因からなる複雑な現象であり、あくまで参考資料の一つとして慎重に解釈すべきであるとされている<sup>4)</sup>。河西によると、昭和53年から平成19年までの日本の自殺者数と完全失業率の推移を合わせて見ると、完全失業率が増加した時期に一致して自殺者数が増加しており、自殺者数と完全失業率には相関がみられるとされている。一方、福祉国家で知られるスウェーデンにおける1980年から2007年の推移を合わせて見ると、1990年代に完全失業率の増加があったにもかかわらず、自殺者数は漸減を続けていて、自殺者数と完全失業率には相関がみられないとされている<sup>2)</sup>。同様に天野らによると、1人当たりGNPが2万ドル以上であるOECD諸国の1993年と2003年間の自殺率増減を比較すると、日本が群を抜いて第1位の49.4%増加だということが特徴的であると報告されている<sup>62)</sup>。また、2003年のOECD加盟国における1人当たりGNPを比較すると、日本は33,221ドルで第9位であり、世界的に見れば経済状況が厳しいわけではなく、むしろ依然として豊かな国である<sup>63)</sup>。したがって、自殺者の動機に経済問題が多いからといって、経済問題だけを原因として捉えるべきではないと考えられる。むしろ、経済問題や失業問題が、このようにいとも簡単に、そしてすぐに自殺の増減に結びついてしまうということは、セーフティネットを始めとする社会的サポートが極めて脆弱であるという、日本の問題を示していると考えられるとされている<sup>2)</sup>。

## (2) 自殺の実態に関する先行研究

警察庁と厚生労働省が自殺の統計を報告していることを述べたが、以前は政府として一環とした集計や報告体制がなく、そもそもはそれぞれの機関が連携せず独自に報告をしていた。2008年の自殺対策加速化プランにおいて、自殺の実態を明らかにするために、情報提供体制の充実の一環として「警察庁及び厚生労働省の自殺統計に係るデータを分析し、その結果を地方公共団体等で活用できるよう提供する」ことが当面の重点施策として明言されたことにより<sup>42)</sup>、現在は内閣府が警察庁と厚生労働省の自殺統計の結果をまとめて報告するようになっており、2007年からは、2つの自殺統計に分析が加えられた上で、日本における自殺の概要と政府が講じた自殺対策の実施の状況についての自殺対策白書が各年度に発行されるようになってきている。有効な自殺防止対策の策定のためには、自殺の実態の把握が必要であることが明らかであり、2012年の自殺総合対策大綱の見直しにおいても、自殺の実態を明らかにすることが当面の重点施策の一つに上げられており<sup>47)</sup>、自殺の実態に関するいくつかの研究や活動が始まっており、以下に内容を述べる。

### 1. 心理学的剖検について

フィンランドでは、実態把握のために心理学的剖検調査が実施されたと先に述べた。「心理学的剖検調査」とは、自殺が発生したときに、自殺者に関する入手可能なあらゆる情報を用いて個人の人生を遡り、自殺に関連したと思われる要因や、精神科診断を検討する調査である。生前に精神科を含む医療機関受診があればその診療記録の詳細な調査を行い、自殺者をよく知る遺族や友人、知人と面接し故人の生活史を再構成し、故人の生前の様子を把握し、その死の原因を探ろうとするものである<sup>2, 64)</sup>。心理学的剖検調査の始まりは、米国ワシントン大学精神科医の **Robins** であるとされている<sup>64)</sup>。**Robins** は自殺者の精神障害を実証的に明らかにすることを目的とし調査を行っている。この研究では実証研究のために、方法として対象の偏りをなくすために調査地域の年間自殺者数すべてを対象としたこと（全数調査）、自殺者に関する情報の質・量を高めるために近親者からの聞き取り調査を行ったこと（心理学的剖検）、そして客観性と再現性を重視した精神医学診断を考案したこと（操作的診断基準の先駆け）という工夫が行われている。1956年から1957年にかけての1年間にセントルイスで起こった全自殺134例の調査によって、全体の94%が自殺時に何らかの精神障害を有していたとされている。その内訳としては、うつ病が47%、アルコール依存症が25%、脳器質性障害が4%、精神分裂病（統合失調症）が2%、薬物依存症が1%、診断不明な精神障害が15%で、精神障害なしが6%であったと報告されている<sup>65, 66)</sup>。**Robins** の調査は心理学的剖検という用語が作られる前に行われたものであるが、調査手法としては世界で初めての、心理学的剖検を用いた地域調査であるとされている<sup>64)</sup>。その後、米国では死亡様式判定の困難が問題となり、1958年にロサンゼルス主任監察医の **Curphey** が心理学者の **Shneidman** に相談し、死亡様式判定の精度を上げる目的で共同研究が開始された。この共同研究を通じて、**Shneidman** は心理学的剖検 (psychological autopsy) という手法を確立し<sup>67, 68)</sup>、

ロサンゼルス自殺予防センターを中核として心理学的剖検が本格的に実施されるようになったとされている<sup>64)</sup>。Shneidmanによると心理学的剖検に必要な項目は以下である<sup>67)</sup>。

- ① 故人を同定する情報（氏名、年齢、住所、婚姻状況、信仰、職業等）
- ② 死に関する詳しい情報（死亡の原因、方法）
- ③ 個人の生活史に関する簡単なアウトライン（同胞、結婚、病気、治療、精神療法、自殺未遂）
- ④ 死に関する故人の家族歴（自殺、癌、他の致死的な疾病、死亡年齢等）
- ⑤ 故人の性格とライフスタイル
- ⑥ ストレス、感情的に混乱した状況、バランスを崩した場面等に対する故人の典型的な反応パターン
- ⑦ 死に至るまでの1年間に、狼狽したような出来事、プレッシャー、緊張、トラブルの予感
- ⑧ 故人の全般的なライフスタイルと死に及ぼしたアルコールや他の薬物の影響
- ⑨ （医師との関係も含めて）故人の対人関係の特徴
- ⑩ 死、事故、自殺に関連した、故人の空想、夢、思考、予感、恐怖
- ⑪ 死亡前の行動の変化（習慣、趣味、食生活、性行動といった日常の行動）
- ⑫ 故人の人生に関する情報（生活の浮き沈み、成功、計画）
- ⑬ 意図の評価、すなわち、自らの死に故人が果たした役割
- ⑭ 致死性の評価
- ⑮ 故人の死に対する面接した人々の反応
- ⑯ 面接した人々の意見、際立った特徴等

心理学的剖検では、方法の中心は遺族との面接であり、その面接時に遺族への共感が必要であることは明らかである。Shneidmanはこの共感を重視し、対話の流れにまかせる面接法（自由面接）をとり、その構造を定めていない。一方、Robinsは構造化面接用に細部に渡るフォーマットを用意して行っている。自由面接の場合には共感を得られやすいが、面接者の技量に負うところが大きく、面接者間の情報収集にばらつきが生じる。一方、構造化面接の場合には、聞き漏らし事項をなくし、面接者間の情報の質・量を均一に近づけるといふ大きな利点がある一方、共感の欠落が生む欠点をはらむ危険がある。そのため、質問事項をあらかじめ設定しておくが、順不同にし、対話の流れを重視するという共感を持った半構造化面接が現在は主流になっているとされている<sup>64)</sup>。

Robinsの調査以降、欧米を中心に世界のいくつかの地域で同様な実証研究が行われてきた。1996年に張がまとめた地域調査に基づく心理学的剖検研究の結果によっても、複数の研究で自殺者の約90%が自殺時に精神障害を有していたとの知見が報告されている<sup>69)</sup>。2003年のCavanaghらによる54のcase series studiesと22のcase-control studiesを対象とした

systematic review によると、自殺者中の精神障害の比率の中央値は91%であったと報告されている<sup>70)</sup>。Robins らの調査結果から、自殺者の90%以上が精神障害であったことに加えて、60%近くが生前に自殺念慮を伝えていたこと、約半数が自殺の1か月前に医師を受診していたことなどが明らかとなっている<sup>66)</sup>。その結果、自殺念慮を持つ精神障害患者への医師の関わりが自殺予防にとって重要であることが広く言われるようになり、今では「精神障害の早期発見と適切な治療」が自殺予防の重要な方法の一つであると認識されるようになってきている<sup>64)</sup>。

## 2. 日本での心理学的剖検調査

### 2-a. 日本での心理学的剖検調査の流れについて

フィンランドの例を始め、欧米では心理学的剖検による調査対象の母集団としての代表性が担保されるような地域調査が実施され、有用な自殺予防学上の知見が得られたり、その地域での自殺予防対策を進める上での基本となる実態把握となったりしていることについて述べた。自殺に至る過程には、その地域に特異的な心理社会的背景があるとされており、ある文化圏で考案された自殺予防対策をそのまま別の文化圏に適用することは慎重でなければならないとされている<sup>64)</sup>。つまり、欧米での知見をそのまま日本で適用できるとは限らないということが考えられる。しかし、調査対象の母集団としての代表性が担保されるような心理学的剖検の地域調査は日本ではまだ実現されていないのが現状である<sup>71)</sup>。その代替として、1980年～1990年代に行われた三つの調査が知られている。

一つは打木による調査で、1984年から1988年までの間に茨城県内の新聞5紙に掲載された20歳未満の自殺者28例を対象とし、日本で初めて心理学的剖検調査が行われている。この調査は未成年のみを対象としており、また対象抽出の方法は新聞での報道事例から氏名などを特定できた場合のみとなっており、母集団としての代表性は担保できていないものの、警察統計や新聞報道では自殺の動機の推定に直接動機のみを重視しがちであり正確性が低いことや、心理学的剖検調査の実施により、遺族の悲嘆反応に対する治療的効果の可能性があったことが報告されている<sup>72)</sup>。二つ目は飛鳥井による調査で、遺族に直接連絡を取り協力を求める心理学的剖検が行い難いため、この調査では、質的に自殺者と同等と考えられる、辛うじて死を免れた「自殺失敗者」が対象に選ばれた。東京都の一つの総合病院の救命救急センターに6年間の期間中に搬送された全例が対象とされている。同地域・同時期の全自殺死亡者の年齢層別割合が掛け合わされて、自殺死亡者の精神医学診断が推計された。その結果、うつ病圏が46%、統合失調症圏が26%、アルコール・薬物依存症圏が18%となり、3つを合わせると90%に精神医学診断が診断された結果であったと報告されている<sup>73)</sup>。三つ目は1993年から1994年にかけて、帝京大学病院の精神科医の張により実施された調査で、1991年から1993年の3年間に東京の帝京大学病院救命救急センターに搬送された全自殺死亡者93例を対象とし、日本で初めて一つの救急病院に運ばれた全自殺例を対象とする形で心理学的剖検調査が行われている。この調査では遺族の協力が得られた場合には、遺族

に対して心理学的剖検の手法による面接調査を行い、それ以外のケースでは病院の診療録と東京都の監察医務院の記録を情報源として調査を行っている。連絡が取れた遺族の54例中、面接調査の協力が得られたのは25例で、調査協力率は46%であったとされている。この結果、うつ病圏が54%、統合失調症圏が26%、アルコール・薬物依存症圏が9%と判明し、少なくとも89%に精神医学診断が診断された結果であったとし、自殺をした高齢者の60%が、自殺の3か月前に精神科ではなく、他の診療科のかかりつけ医を受診していることが明らかになったと報告されている<sup>71, 74)</sup>。張によると、当初、対象の代表性を確保するために、東京都監察医務院における東京で起こったすべての自殺者のデータを対象とした地域調査を目指したが、プライバシーの問題が理由となり断念せざるを得ず、代替案として大学病院の救命救急センターを調査の拠点としたと述べている<sup>64)</sup>。張による日本で初めて対象の代表性を高めることを目指した心理学的剖検調査は、対象の偏りを完全に排除した地域調査ではないものの、欧米での先行研究と同様に、日本においても、約90%が自殺時に精神科診断が診断される状態になっていることを初めて実証した研究として高く評価されている。現在日本では秋田県や青森県などに **medical model** を基にした **high risk approach** の観点で自殺防止対策が行われている地域があるが<sup>2)</sup>、先に述べた松之山試験で得られた知見とともに、その取り組みの根拠となっていると考えられる。

## 2-b. 日本での心理学的剖検の取り組みについて

心理学的剖検は西洋の諸外国で多用されている研究手法であり、自殺予防を考える上で学術的意義が高いことはすでに述べた。岩手県と岩手医科大学が協働して実施しているプロジェクトや<sup>75, 76)</sup>、横浜市立大学の精神科が救命救急センターと協働し、自殺者が搬送されたときに家族に接触し、遺族ケアと心理学的剖検調査を行うことを目的とするといった研究など<sup>77)</sup>、日本においても試行的な心理学的剖検が数例実施されてきたが、症例対象研究を含めた大規模な心理学的剖検は行われていなかった<sup>78)</sup>。その後、国レベルの心理学的剖検調査の動きとしては、国立精神・神経医療研究センターの精神保健研究所の研究者らが中心となって、2005年より心理学的剖検の実施準備が開始された。2006年10月に国立精神・神経医療研究センターの精神保健研究所内に「自殺予防総合対策センター」が開設され、2006年には11の調査地域を対象としてパイロットスタディが実施され、2007年からは「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」として、全国での心理学的剖検調査が実施されるようになった<sup>79)</sup>。この調査は、厚生労働省の補助する調査研究として、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」の分担研究として、加我らにより実施されている<sup>80)</sup>。加我らの調査では、2007年12月から2009年12月までに参加要件を満たす自治体において順次調査が実施され、76名の自殺既遂者を対象とし、その遺族1名に対する聴き取り調査として、半構造化面接が実施された。自殺事例群の分析をもとにライフステージ別の自殺予防のための介入のポイントの検討が行われ、その結果、青少年では8割に何らかの精神障害への罹患が認められ、精神疾患

に罹患した時の早期介入、精神科治療薬の適正使用のための対策、家族支援が重要であるという結果であったとされている。また、40代と50代を中心とした中高年男性かつ有職者にアルコール関連問題を抱えた者が多く、アルコール依存・乱用の診断が可能な者が81%に認められ、そしてアルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた事例が皆無であり、中高年ではアルコール関連問題についての社会の認知を高めること、断酒会等の自助グループの支援、一般医・精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上が重要であるという結果となっている。そして、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者（精神科受診群）と非受診者（非受診群）の割合は、同率の38例（50.0%）であり、受診群の受療状況のパターンでは、89.5%が死亡前1ヶ月内という自殺の直近に受診をしており、高齢者を含む全年齢において、かかりつけ医のうつに対する診断・治療能力の向上、精神科受診の促進が重要であるといった結果が報告されている<sup>81, 82, 83</sup>。

加我らの調査では、人口動態統計死亡原票を用いた自殺者全数を調査対象とする方法で当初は計画していたとされているが、いくつかの倫理的または対象抽出の問題点から、大幅な計画変更が行われ、自殺者のなかで遺族が地域保健援助者との接触を求めた事例から対象者を募っていく方法となったとのことである<sup>84</sup>。また、遺族への聞き取りも1名のみとする調査であり、厳密な心理学的剖検調査とは異なる。そのため、調査対象の代表性が担保されるような地域調査とはいえないが、それでも、初めて日本全国を対象として心理学的剖検の手法を用いて実施された調査研究であり、警察庁の自殺統計などのマクロ統計や国内の試行的な心理学的剖検研究では明らかにされていなかった、自殺既遂者の特徴、及び自殺予防のための介入のポイントが明らかになった研究であり、今後、日本において心理学的剖検の手法による全国的な実態調査の実現につながる、重要な基礎調査であったと考えられる。

### 3. その他の自殺の実態に関する先行研究

日本において行われた自殺の実態に関する先行研究としては、2007年からライフリンクにより実施された「自殺実態1000人調査」も挙げられる。この調査は、305人の自死遺族に対する面談調査であり、自殺に至るまでのプロセスを明らかにしようとする目的で行われている。2008年の中間報告での結果では、自殺の背景には計68項目もの様々な「危機要因」が潜んでおり、自殺時に一人あたり平均4つの危機要因を抱えていたこと、危機要因の7割が上位10要因に集中していたこと（10大要因）、自殺の10大要因が連鎖しながら「自殺の危機経路」を形成すること、危機連鎖度が最も高いのが「うつ病→自殺」の経路であること、10大要因の中で自殺の「危機複合度」が最も高いのが「うつ病」であること、「危機の進行度」には3つの段階があること、危機要因それぞれに「個別の危険性」があることなどの結果が報告されている<sup>85</sup>。このライフリンクによる調査は心理学的剖検と同様な主旨を持って実施されたものであり、自殺既遂者に関する貴重な実態調査であるといえる。

## I-C 自殺未遂者の実態についての先行研究

### (1) 自殺未遂者の実態調査の必要性について

これまでの多くの先行研究において、自殺の危険因子が明らかにされており、表 I - 2に示す<sup>86)</sup>。この中で最も明確で強力な因子と認められているのが、「自殺未遂の既往」であるとする複数の研究がある<sup>87, 88, 89)</sup>。米国の8州においては、自殺未遂が自殺の10倍以上存在することが報告されている<sup>90)</sup>。自殺予防学では、効果的な未遂者対策を実施しなければ自殺者数を継続的に減少させることは困難と考えられている<sup>86)</sup>。2012年8月に全体的な見直しがされた自殺総合対策大綱においても、自殺を予防するための当面の重点施策の一つとして、「自殺未遂者、遺族等の実態及び支援方策についての調査の推進」が掲げられているように<sup>44)</sup>、日本においても自殺未遂者の実態把握が求められている。

### (2) 救命救急センターでの先行研究

日本の自殺未遂に関する先行研究を以下に述べる。2000年より前の先行研究としては、黒澤らにより国内の12施設を救命救急センターに搬送された自殺企図者1,560例を対象とした研究が1991年に報告されている<sup>91)</sup>。その中では、既遂・未遂、性別、年齢、精神科診断、転出先などが集計されており、当時としては画期的な研究と評価されている<sup>92)</sup>。2000年以降では、河西らによる自殺未遂者への介入研究<sup>93)</sup>、保坂らによる複数の救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態に関する研究<sup>92)</sup>、そして自殺未遂者への多施設共同による無作為化比較試験を用いた介入研究である ACTION-J が挙げられる<sup>94)</sup>。

河西らによる、横浜市立大学病院の高度救命救急センターを拠点とした取り組みは、①救急搬送直後からの家族や通院医療機関等への情報収集、②患者が意識障害から目を覚ました直後からの心理的危機介入、③精神科医による精神状態のアセスメント・心理教育・精神科治療の導入、④精神科医やソーシャルワーカーによる「心理社会的アセスメント」と生活支援のためのソーシャルワーク、という4つをまとめたケースマネジメントを救命救急センター入院中から開始し、地域生活への退院支援へつなげるというもので、2003年以降、救急搬送される自殺未遂者の全例に介入を行っている。その結果、2008年の時点で700人以上の自殺未遂者が対象となり、その中で精神疾患を有する患者が少なくとも全体の80%を占め、自殺企図の動機で多いのは未遂者自身の健康問題と家庭問題・対人関係問題であることが明らかになっている。また救命救急センター退院後の平均日数299日での予後調査では、自殺再企図率は4.3%となり、これまで国内外から報告されている再企図率に比べて低い値が示された結果であったとされている<sup>2, 93)</sup>。つまり、自殺未遂者に入院直後から一貫したケースマネジメントの介入を行うことで、自殺再企図率を減少させることが可能であるということが明らかになったといえる。

保坂らによる研究は、岩手医科大学付属病院、近畿大学医学部付属病院、日本医科大学付属多摩永山病院、福島県立医科大学付属病院の4施設の救命救急センターに自殺企図のための搬送された患者を対象として、2003年8月から2006年12月末までの3年5か月間にかけて



実施され、4施設の合計で自殺企図1,725例、自殺既遂209例となっている。自殺企図のうち、男性と女性は1：2の比率であったこと、既遂例は男性で多く、未遂例は女性が多かったこと、年齢別に見ると、自殺企図者全体では、女性では20～30歳代に大きなピークがある一峰性であるのに対して、男性では20～30歳代と40～50歳代にピークがある二峰性であったこと、既遂者だけでは、男女ともにどの年代にもピークは見られず、若年者層から高年齢者層までほぼ同程度の人数であったこと、自殺企図者全体で男女別の職業を見ると、男女ともに無職の割合が約30%であったのは同じ傾向だが、男性は女性に比べて、フルタイムの職業に就いていることが多く（男性38.0%、女性10.7%）、逆に女性は男性に比べて主婦（27.1%）やパートタイム（16.8%）の割合が多かったこと、既遂例では男性で約1割、女性で約2割しか事前に周囲への相談がなく、自殺者の約9割は1回目の企図で完遂していること、など多くの知見が結果から得られたと報告されている<sup>92)</sup>。

日本においては、自殺対策基本法・自殺総合対策大綱に先立ち、精神・神経科学振興財団による「自殺対策のための戦略研究（J-MISP）」が2005年から実施されてきた。J-MISPは地域介入研究「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究（NOCOMIT-J）」と<sup>95)</sup>、自殺未遂者への介入研究「自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究（ACTION-J）」の二つの研究プロジェクトからなる<sup>94)</sup>。ACTION-Jは全国14の救命救急センターを拠点に、自殺未遂者に対してケースマネジメント介入を実施し、その効果を検証することを目的としている。2005年から2009年12月末にかけて、最終登録者数は合計914例であり、2011年6月末で未遂者の介入と追跡が全て終了している。残念ながら現時点（2013年9月現在）ではACTION-J全データに基づく結果はまだ公表されていないが、自殺未遂者へのケアや介入方法について、多施設共同、大規模、無作為化比較による介入と長期観察といった科学的に優れた研究デザインで計画されており、自殺未遂者の属性や自殺企図行動データ、複合的ケースマネジメント介入全体と各項目の介入効果に関するデータ、介入プロセスのデータなどの有用な知見が得られ、日本の自殺予防対策の策定に活用されるものと期待されている<sup>86)</sup>。

これらの先行研究から分かるように、日本においては救命救急センターを拠点とした自殺企図者や自殺未遂者に限定した調査や介入研究が行われつつあり、自殺未遂者の実態把握を行うことの重要性を示していると言える。

### （3）いのちの電話の自殺防止活動について

近年になってようやく救命救急センターなどの医療機関を中心とした自殺予防の取り組みが行われるようになってきたことを述べたが、日本では古くから「いのちの電話」や「大阪自殺防止センター」<sup>96)</sup>、「東京自殺防止センター」<sup>97)</sup>などを始めとする民間のボランティア活動が行われており、その活動は特筆すべきものであるとされている<sup>93)</sup>。

## 1. 電話相談による自殺予防活動と世界から日本への流れ

電話相談という方法はそれまでも存在していたが、世界的に初めて自殺予防を目的とし、電話を手段とする相談事業を組織的に開始したのはイギリスの Chad Varah である。Varah はボランティアを養成・選抜して、自殺予防という目的を明確にした Samaritans という組織を確立し、拡大していった<sup>98, 99)</sup>。当時イギリスでは自殺問題の隆盛があり、それをくい止めるために Samaritans はロンドンのロードメイヤー教会において1953年から開始された。当初 Varah 自身と秘書の2人で開始されたが、ラジオやテレビで彼らのことが報道されると、2人では手に負えないほど相談件数が増加し、それとともにボランティアの援助者が増していった。やがて入念な勤務表がつくられ、常時2人の基礎訓練を受けた奉仕者が24時間電話室に待機するという本格的な体制になったとされている。1959年にはエジンバラに最初の支部ができ、その後も活動は拡大され、1966年には75の支部と、独立の10機関ができあがり、また国境を越えて世界中で同様な電話相談活動を行う機関が広がったとされている<sup>100)</sup>。Samaritans の活動が最も盛んになった1965年には、イギリスの自殺数が5,566人から5,161人に急激に減少した。自殺防止効果を検討した Bagley によると、15の都市で Samaritans の機関が設立される前後の自殺率を比較すると、平均5.84%の率の低下がみられたとし、民勢統計学的に類似の15の対照都市では、その期間に19.84%の率の上昇があり、あらゆる統計学的検討を行っても Samaritans の活動は2~3割の自殺率低下をもたらしたことが明らかであると報告されている<sup>101)</sup>。同様に Samaritans の電話相談を中心とした活動の自殺防止効果を評価した研究が複数報告されている<sup>102, 103, 104)</sup>。

その後、電話相談による自殺防止の活動は、オーストラリアの Life Line<sup>105)</sup>、カナダの Telecare<sup>106)</sup>、ドイツの Telefonseelsorge<sup>107)</sup>など各国に広がった。日本では1971年に「東京いのちの電話」が開設され、1971年10月1日に日本で初めての自殺予防を目的とした電話相談活動が開始された<sup>108)</sup>。「東京いのちの電話」に続いて、「東京英語いのちの電話（1973年開設、以下同じ）」、「関西いのちの電話（1973年）」、「沖縄いのちの電話（1976年）」、「北九州いのちの電話（1977年）」が発足し、1977年8月16日にそれらのセンターにより「日本いのちの電話連盟（Federation of Inochi No Denwa Inc. 略称：FIND）」が結成されている。その後、全国の各地域にセンターが拡大し、2011年の時点で FIND に加盟しているのは49センターに達し、一部地域を除き、ほぼ全国に設置されているといえる<sup>98)</sup>。

## 2. いのちの電話による電話相談事業の基本理念とその活動

### 2-a. いのちの電話の基本理念とその活動

日本いのちの電話連盟（FIND）とその加盟センターは、自殺を予防するために、電話を通して人々の悩みを聴き心の支えになっていくことを目的として電話相談事業を行っている。FIND の結成時にまとめられた電話相談事業の基本理念は以下である<sup>98)</sup>。

- ・ 日本いのちの電話連盟基本理念  
「危機介入を目的とする電話相談事業の目的」

- ①電話相談事業の基本は、24時間体制で昼夜を問わず相談を受けることである。この援助は危機状況がある限り継続される。
- ②電話相談事業に携わる者は、有給のスタッフとボランティア相談員からなるが、後者がより大きな役割を果たす。
- ③相談員には研修が義務づけられ、その資質と適性によって慎重に選抜される。相談センターは相談員研修を企画・実施するが、その研修は基礎研修だけでなく、相談員である限り継続的にこれに参加する義務がある。
- ④相談員および利用者であるかけ手も、共に匿名を貫き、相談内容の秘密は絶対に保持されなければならない。
- ⑤相談員および利用者であるかけ手も、共に政治的・宗教的立場を尊重しなければならない。ことに相談員は特定の価値観で説得してはならない。
- ⑥電話相談機関は、治療機関でも社会福祉機関でもなく、かけ手をこれ以上援助できないこともある。したがって、各電話相談センターは、必要に応じて地域の社会資源を活用するものとする。

これらの基本理念は現在まで大きく変わることなく守られており、「24時間対応であること」及び「ボランティアの相談員が対応すること」はいのちの電話の特徴である。24時間対応については、ボランティアの人員の制限などから全てのセンターで実現できているわけではないが、2010年の時点で常時24時間体制での対応を行っているのは24センターであり FIND に加盟するセンターの半数近くであるとされている<sup>109)</sup>。

日本においても、いのちの電話の電話相談活動を参考にして、専門家団体や地方自治体などにより各種の電話相談事業が行われるようになってきているが、期間限定であったり、定休日や運用時間に制限があったりする機関が多いのが現状である<sup>110, 111)</sup>。それに対して、いのちの電話では24時間対応が実現できていないセンターがありながらも、FIND に加盟するセンター同士が連携協力し、夜間や土日・祝日などに関わらず年中無休で複数のセンターにおいて電話対応を行うことを可能にしていることが極めて優れた特徴であると考えられる。その活動を支えているのは専門の訓練を受けたボランティアの相談員であり、2011年の時点で全国の相談員数はおよそ7,000名である<sup>112)</sup>。また、相談員になるための養成研修においては、講義及び自己理解と相互理解に関わる体験学習や実地訓練など最低60時間以上、9か月以上の養成カリキュラムが必須とされており、多くのセンターではより積極的な研修を行っており、1年間以上かけて養成研修が実施されているセンターが多いとされている。定められた養成課程を修了し認定を受けないと相談員になることはできず、また相談員になった後も多様な継続研修が実施され、それらに参加することが相談員を継続していくときの要件であり、電話相談のサービスの質の維持につながっているとされている<sup>98)</sup>。

## 2-b. いのちの電話の通常の電話相談について

2013年現在、いのちの電話では、通常の電話相談とフリーダイヤルの電話相談の二つの活動が電話相談の中心事業として行われている<sup>98)</sup>。通常の電話相談とは、FIND に加盟するセンターの一つ一つが基本単位となって実施される電話相談である。原則として個別の固定電話回線を利用するものであり、NTT 等の電話事業者の規定による電話料金が電話のかけ手側に必要となるが、通常の電話料金以外に、利用料などは発生しない。各センターにより電話対応可能な体制が異なっていることを述べたが、常時24時間体制から、時間帯に制限がある場合、曜日によって時間帯を拡大して行う場合など、それぞれのセンターの相談員の受信体制により様々であるが、半数近くのセンターが通常の電話相談においても24時間体制で対応を行っている<sup>113)</sup>。この通常の電話相談においても年々受信件数が増加し、1971の設立年の23,828件（東京いのちの電話1センターのみ）から、2008年には全国での総受信件数が1年間で725,857件（49センター）となっており、驚くべき件数の相談に対応していることが明らかである<sup>98)</sup>。

## 2-c. フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」について

もう一つの活動が、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」である。1998年の自殺者数の急増を受けて、末松渉（当時、東京いのちの電話事務局長）を中心とするいのちの電話の関係者が、「いのちの電話の本来の姿勢が失われることなく、国の補助金を受けて自殺予防事業が行われること」を切望し、厚生労働省と交渉を重ねた。その結果、いのちの電話と国の考えが一致し、厚生労働省の国庫補助をうけた事業として、『フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」』が2001年12月から開始されることになった。無料でどこからでもかけられる自殺予防のための電話相談は、日本で初めての試みであり、同時に通常のいのちの電話の活動をより多くの人に周知する機会になったとされている<sup>98)</sup>。当初、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の事業は、12月1日0時から12月7日0時までの連続した7日間として2006年までは実施されていた。実施時期についてはFIND 内部でも検討が行われ、日本でも2007年から、9月10日の「世界自殺予防デー」に始まる1週間を「自殺予防週間」と制定されたことを契機にし、2007年9月からは、毎月10日の午前8時～翌日午前8時の24時間として実施されるようになった。毎月継続して行われる事業となり、それまでのキャンペーン的な位置づけの活動から、継続的で日常的な相談活動になったとされており<sup>98)</sup>、それ以後も2013年9月現在の時点まで、「毎月10日の午前8時～翌日午前8時の24時間」にて継続されている。

フリーダイヤルの電話番号は東日本と西日本の2回線が用意され、全国のいのちの電話を相互に結びつけ、一つのセンターが通話中であった場合に全国の空いているセンターに自動的につながるという形で開始された。2001年の開始当初は、各センターの通常の電話相談の回線にフリーダイヤル回線を接続し、24時間相談を受けているセンターを中心に、全国のいのちの電話を8グループに分け、グループ内でかかってきた電話が回るようなシステ

ムであった。2002年には2つあったフリーダイヤル番号が全国共通の1つの番号（0120-738-556）に統一された。8グループでの電話の振り分けのシステムでは、電話回線が集中するグループと、センターが待機していても電話がかかってこないグループが同時に存在するなどの電話の振り分け上の問題が生じていたため、2005年からはグループ化が中止され、NTTの協力を得てインテリジェントサービスが導入された。これは、自動でかかってきた電話の振り分けを行い、電話回線が空いているところに平均的につながるシステムであり<sup>114)</sup>、回線集中と振り分けの問題の解消が図られた。このようなシステム上の改善とともに、24時間体制でフリーダイヤルに参加するセンター数も増加し、2001年の23センターから2010年には34センターとなっている<sup>112)</sup>。体制の拡大に応じて、電話の総受信件数も2001年の9,347件から2008年には29,462件と増加し、2009年以降も27,000件から30,000件近くの受信件数が継続していると報告されている<sup>112)</sup>。

この二つの電話相談以外にも、民間団体や関係機関と連携した電話相談が開催されることがある。例えば、1998年の自殺者の急増を受けて駅構内、線路上での自殺防止のためにJR東日本から委託を受けてフリーダイヤルで実施された『いのちのホットライン（1999年12月、2000年5月に1週間ずつ）』や<sup>115)</sup>、阪神・淡路大震災を受けて行われた『阪神淡路大震災被害者フリーダイヤル（1995年2月～1996年3月）』<sup>116,117)</sup>、近年では東日本大震災の直後の2011年3月から始まった『東日本大震災「いのちの電話」フリーダイヤル事業（2011年3月28日～4月9日）』と<sup>118)</sup>、『第2次 いのちの電話「震災ダイヤル」（2011年9月11日～2013年9月30日終了予定）』など<sup>119, 120)</sup>である。なお、JR東日本との『いのちのホットライン』と『阪神淡路大震災被害者フリーダイヤル』は、そのノウハウと経験が生かされ、全国規模の電話相談である『フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」』の基礎となったとされている。このように、通常の電話相談とフリーダイヤルの電話相談の活動以外にも、その時々での社会での実情や要請に応じて、公的機関や民間と連携したスポット的もしくはキャンペーン規模の電話相談も行われている。また、電話相談の形態以外には、インターネットのメール相談事業がある<sup>112)</sup>。この活動は2006年10月から開始されており、現在は盛岡、仙台、奈良、福岡、愛媛、東京の6センターのいのちの電話により実施されている。まだ寄せられる全てのメール相談に対応するにはメール相談に対応可能な相談員の人数が十分ではなく、相談の受付数を制限しながら運営されているのが現状であるとされているが、メール相談の利用者は未成年の割合が多いことが知られており、今後の発展が期待される活動である。

ここまで述べたように、いのちの電話では、通常の電話相談とフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の二つが主軸となって地道な活動が継続されている。フリーダイヤルは自殺予防に特化された電話相談であり、通常の電話相談は自殺念慮も含めた、人々の多種多様な心の悩みに向き合っている活動である。1971年に「東京いのちの電話」が開設されてから、30～40年以上も前から地域での自殺予防活動に一貫して携わってきたことになり、

日本ではこれに相当するような規模と歴史を持った民間の活動は他に存在せず、いのちの電話の先駆性と活動実績は高く評価されている。

### 3. いのちの電話の重要性と位置づけ

先に、日本いのちの電話連盟成立の歴史と現在までの活動を概説したが、連盟の設立当時に、いのちの電話の先見性と重要性を示す一つの動向があったことが知られている。1977年当時、青少年自殺が多発しており、ことに子供の自殺が顕著になっていたことを踏まえて、いのちの電話と自殺予防学会の有志が自殺予防に関して各方面に訴えることになり、自殺予防研究会（現在の日本自殺予防学会）と日本いのちの電話連盟が厚生省を始めとする関係省庁に自殺防止に関する要望書を提出している。稲村博（当時、自殺予防研究会理事、筑波大学助教授）が中心となって「自殺防止のための施策実現に関する要望書」が作成され、菊池吉弥（日本いのちの電話連盟の初代理事長）、斎藤友紀雄（同じく初代事務局長）とともに1977年10月13日に政府に提出したとされている。この要望書では、『自殺防止及び「危機介入」のための実践、研究、広報を総括する公的な専門機関「自殺防止センター」を早急に設立する』ことや、自殺防止の研究を推進することなどが要望されていた<sup>98)</sup>。極めて先進的であったこの要望書は、残念ながら予算の裏付けのある国の施策には当時には至らなかった<sup>98)</sup>。しかしそのおよそ30年後の2006年、2007年に「自殺予防総合対策センター」が公的な専門機関として設置され、自殺対策基本法や自殺総合対策大綱の成立により、政府・民間が協働して自殺対策が実施されるようになったことにつながった形で、ようやく実現したといえる。

日本で自殺防止対策への取り組みが本格的に始まったのは、国レベルでは2000年からであることを先にも述べたが、それまでの日本の自殺防止対策の取り組みを支えてきたのは、地域での先進的な活動や、これら民間のボランティア団体の地道な活動である。医療機関で受け止めてもらえなかった自殺願望者が、他に相談する場所も得られず、いのちの電話に救いを求めてきた数は膨大であり、精神科医だけではなく、国全体も結果的にボランティア団体に頼ってきたということであり、「いのちの電話」を始めとするボランティア活動が日本の自殺予防に果たしてきた役割は大きいとされている<sup>64)</sup>。

このように、いのちの電話は日本における草分け的存在として、自殺防止活動を民間のボランティアの団体の立場から支え続けてきており、その基本理念と活動の実績から、社会に広く認知された有数な自殺防止の活動として位置づけられる。

#### I-D 本研究の目的

日本の自殺問題が社会全体に極めて大きな影響を及ぼしており、有効な自殺防止対策の策定は日本社会にとって喫緊の課題である。これまでの文献考察から、有効な自殺防止対策の策定のためには、第一に自殺の実態把握が必要であり、その実態に基づいて対策が検討されるべきであることが明らかである。海外においては、綿密な実態調査が行われ有効

な対策につながった国や地域が存在する。しかし、日本における自殺の実態調査への取り組みは、地域レベルでは実態把握に基づく先進的な介入が行われているところもあるが<sup>45, 46, 71, 73, 74, 83, 85</sup>、国レベルの大規模な調査となるとその端緒についたばかりであり、いまだに不十分であると言わざるを得ない。調査対象の母集団としての代表性が担保されるような心理学的剖検の地域調査はまだ実現されておらず<sup>71</sup>、日本全体の自殺者全数を調査対象とする心理学的剖検が検討されたこともあるが、倫理的または対象抽出の問題点から、最終的に計画が変更され、やはり実現していない<sup>83</sup>。また、これまでの多くの先行研究において自殺の危険因子が明らかにされており、その中で、自殺未遂の既往が最も明確で強力な危険因子とされている<sup>87, 88, 89</sup>。自殺防止には、効果的な未遂者対策の実施が必要なことは明らかであり、そのためには自殺未遂者の実態調査が必要であり、日本政府の当面の重点施策においても「自殺未遂者、遺族等の実態及び支援方策についての調査の推進」が掲げられている<sup>44</sup>。

自殺未遂者の実態把握には、警察庁の自殺統計や厚生労働省の人口動態統計により公表されている既存の自殺既遂者に関する統計だけでは不十分であり、日本における自殺リスクの高い集団の状況を詳細に把握することが重要と考えられる。希死念慮を抱えている人や精神科救急搬送者といった、実際に自殺遂行の前段階に位置し自殺リスクの高い集団を自殺ハイリスク群と定義すると、その自殺遂行の前段階という特殊性のために、集団としての統計情報を得ることが非常に困難であり、自殺ハイリスク群の実態はいまだ十分には明らかにされていない。2003年の自殺に関する国内の研究の現状のレビューによると、自殺予防に実際に役立つレベルの決定的指標はいまだ見出されておらず、自殺者の実態はほとんど未知であったと報告されている<sup>121</sup>。

救命救急センターは自殺未遂者が集中し、アクセスしやすいという観点から<sup>2</sup>、日本においては、救命救急センターを拠点として自殺企図者や自殺未遂者に限定した調査や介入研究が行われつつあり、いくつかの有用な知見が得られている。しかし、そもそも自殺・自殺未遂やその関連行動とその当事者の実態把握は極めて不十分であるとされており<sup>93</sup>、従来の日本の自殺に関する調査は、その多くが病院で治療を受けていた人のみを対象としたものであるとされている<sup>121</sup>。自殺者の90%以上に精神障害があることが知られていたとしても、同時に自殺者は必ずしも自殺企図の前に医療機関を受診するわけではないことが知られており<sup>15, 66, 74, 83</sup>、救急救命センターに搬送された自殺企図者や自殺未遂者に対象を限定した調査や研究では、自殺ハイリスク群の実態を明らかにするには限界があると考えられる。また、世界的に見ても、自殺ハイリスク群を対象とした実態調査はいまだ十分な調査研究が行われておらず、日本においては、自殺企図者や自殺未遂者に限定せずに、自殺ハイリスク群そのものを対象とした疫学研究は行われていない。

日本においては、自殺防止のための電話相談事業が日本いのちの電話連盟及び全国の各いのちの電話において実施されており、社会に広く認知された活動である。日本において自殺ハイリスク群の実態を知り得る活動としては、いのちの電話の電話相談があり、その

利用者は、日本における自殺ハイリスク群の一つの集団として位置付けられる。

そこで本研究では、いのちの電話の利用者を対象とし、以下の点を検討することを目的とした。

① 研究1：いのちの電話の全国フリーダイヤルによる電話相談の状況に関する研究

いのちの電話の全国フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者の状況を調査することで、自殺ハイリスク群の全体の特徴や傾向を明らかにすることを目的として解析を行った。

② 研究2：茨城いのちの電話における4年間の相談状況に関する研究

茨城いのちの電話における「通常の電話相談」の2008年から2011年までの4年間の電話相談の状況を調査した。性別、相談の曜日、時間帯と経過時間に関して統計学的に評価し、自殺ハイリスク群の相談行動のタイミングについて解析を行った。

上記の2つの検討により、日本における自殺ハイリスク群の一つの集団に位置付けられるいのちの電話の利用者の相談状況の特徴が明らかになり、これまで明らかにされていなかった自殺ハイリスク群の実態を踏まえて、より効果的な自殺防止対策の策定に寄与することが可能になると考えられる。



## 第Ⅱ章

### いのちの電話の全国フリーダイヤルによる 電話相談の状況に関する研究

## 第Ⅱ章 いのちの電話の全国フリーダイヤルによる

### 電話相談の状況に関する研究

#### Ⅱ-A 目的

第Ⅰ章で述べたように、日本における自殺の実態調査への取り組みは、地域レベルでは実態把握に基づく先進的な介入が行われているところもあるが<sup>45, 46, 71, 73, 74, 83, 85</sup>、国レベルの大規模な調査となるとその端緒についたばかりであり、いまだに不十分であると言わざるを得ない。調査対象の母集団としての代表性が担保されるような地域調査はまだ実現されておらず<sup>71</sup>、日本全体の自殺者全数を調査対象とする実態調査が検討されたこともあるが、いまだ実現していない<sup>84</sup>。また、世界的に見ても、自殺ハイリスク群を対象とした実態調査はいまだ十分な調査研究が行われておらず、日本においては、自殺企図者や自殺未遂者に限定せずに、自殺ハイリスク群そのものを対象とした疫学研究は行われていない。

そこで、本研究においては、社会に広く知られた自殺予防の活動である「自殺予防いのちの電話」の利用者を自殺の危機にある母集団と考え、その相談状況を明らかにすることを目的として実施した。

#### Ⅱ-B 対象と方法

##### (1) 対象

日本いのちの電話連盟及びその加盟センターである全国の各いのちの電話では2001年以来、毎年フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」が行われている。電話相談では、相談内容を理解する目的で、背景票と呼ばれる記録用紙が用いられており、その内容は匿名化された統計情報として、日本いのちの電話連盟の事務局により集計されている。このフリーダイヤルの受信状況などの統計情報は、日本いのちの電話連盟の事務局から毎年公表されている。本研究では2009年のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者を対象とし、対象期間は2009年1月から2009年12月までの毎月10日（午前8時～翌日午前8時）の計12日間とした。期間中の総相談件数は29,388件であった。その中で、全体の結果としては下記の評価項目で「不明」の項目があった場合も含めた29,388件を解析対象とした。また、性別、年代、職業のすべての項目に欠損がない19,198件を解析対象とし、年代と性別、職業と性別、年代と職業の関連性について評価した。最後に、職業の情報が得られ、かつ評価項目に欠損がない6,429件を対象とし、職業毎に、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向について評価した。職業毎の内訳は、定職者が1,145件、無職・失業者が4,409件、主婦が875件であった。統計データは日本いのちの電話連盟の事務局により集計され、本研究に関わる担当者が相談者個人を特定することができない形の連結不可能匿名化データとして事務局より提供を受けた。

## (2) 評価項目

提供を受けた統計データから、①性別、②年代、③職業、④自殺志向、⑤自殺未遂歴、⑥健康状態、⑦電話の発信元の地域を評価項目とした。「自殺志向」とは、その電話相談において、何らかの理由で直接自殺に関わる相談であった場合や自殺の傾向があった場合に、「自殺志向あり」といのちの電話の相談員により評価されたものであり、念慮から実行中に向かうほど、より自殺の危険性が高い相談であったという意味を示している。日本のいのちの電話連盟により毎年フリーダイヤルの受信状況などがWEB上のHPや実施報告書として公表されているが<sup>123, 124)</sup>、その中で用いられる「自殺志向」と本研究でのそれは同一の内容を指している。

## (3) 統計解析

年代と性別、職業と性別、年代と職業の関連性については、 $\chi^2$ 検定を用いて分析を行い、両側検定で有意水準を5%未満 ( $p < 0.05$ ) とした。職業毎の、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向についても同様に  $\chi^2$ 検定を用いて評価した。 $\chi^2$ 検定で有意となった項目については、調整済み標準化残差を求め、両側検定で有意水準を5%未満 (=調整済み残差の絶対値  $> 1.96$ ) として評価を行った。

全ての解析には、IBM SPSS 19.0 for windows を用いた。

## (4) 倫理的配慮

本研究は筑波大学大学院人間総合科学研究科倫理委員会（承認通知番号：第73号 平成22年11月16日付）、日本のいのちの電話連盟理事会、及び茨城いのちの電話理事会の承認を得て実施した。実態調査という観点からは、対象者に直接調査目的の説明を行い事前に同意を得ることが望ましいと考えられた。しかし、いのちの電話の電話相談では相談者及び相談対応者ともに匿名での相談であり、また相談状況という統計データを対象としており人体試料ではなく、取得の際に対象者への侵襲性もないことから、これらの情報の管理者責任者である日本のいのちの電話連盟理事会および茨城いのちの電話理事会の承認をもって、その同意と代諾に十分であると考えた。なお、いのちの電話から提供を受けたデータについては、集計時点において連結不可能匿名化データであり個人情報を含まないが、いのちの電話利用者に関する守秘性の高いデータであるため、個人情報保護の原則に準じて厳重に管理を行うこととし、筑波大学大学院人間総合科学研究科倫理委員会の承認を得た研究計画の手順にしたがって情報管理を行った。

## II-C 結果

### (1) 相談全体

#### 1. 性別毎の相談件数 (表 II-1)

総相談件数は29,388件であり、性別では男性が17,167件(58.4%)、女性が10,962件(37.3%)、不明が1,259件(4.3%)であった。男性と女性の割合は男性が多かった。

## 2. 年代別の相談件数 (表Ⅱ-2)

年代別については、30代が6,875件(23.4%)、40代が6,748件(23.0%)と30~40代を中心としたピークを認めた。

## 3. 職業 (表Ⅱ-3)

職業については、定職者が5,367件(18.3%)、無職・失業者が12,895件(43.9%)、主婦が2,592件(8.8%)、不明が8,534件(29.0%)であり、無職・失業が半数近くと高い割合を示した。なお、主婦には男性が含まれるが、背景票に従い主婦と表記している。

## 4. 自殺志向 (表Ⅱ-4)

自殺志向のあった電話の件数は9,728件で、そのうち、希死念慮が8,771件(29.8%)、危険が697件(2.4%)、予告が198件(0.7%)、実行中が62件(0.2%)であった。自殺志向が不明は19,660件(66.9%)であった。また、この結果から、念慮から実行中までの自殺志向に関する回答があった場合を自殺志向群(33.1%=9,728/29,388\*100)、なかった場合を非自殺志向群(66.9%=19,660/29,388\*100)として、本研究における以降の検討において評価に用いた。

## 5. 自殺未遂歴 (表Ⅱ-5)

自殺未遂歴については、未遂歴ありが3,864件(13.1%)、なしが7,098件(24.2%)、不明が18,426件(62.7%)であった。不明を除く10,962件の中での割合は、未遂歴ありが35.2%、未遂歴なしが64.8%であり、未遂歴なしが多く、6割以上を占めていた。

## 6. 健康状態 (表Ⅱ-6)

健康状態については、身体疾患ありが2,656件(9.0%)、精神疾患ありが14,701件(50.0%)、不明が12,031件(40.9%)であり、精神疾患の割合が半数を占めていた。なお、健康状態については重複の回答が可能な項目であったが、本研究の結果では身体疾患と精神疾患がともにあると回答した相談はなかった。

## 7. 発信元の地域 (表Ⅱ-7)

発信元の都道府県については表Ⅱ-7の通りであり、東京が3,319件(11.3%)、神奈川が1,993件(6.3%)、大阪が1,733件(5.9%)、兵庫が1,499件(5.1%)、埼玉が1,453件(4.9%)、愛知が1,311件(4.5%)であり、大都市を要する都道府県が件数の上位に見られた。

## (2) 年代と性別、職業と性別、年代と職業の関連性

年代と性別、職業と性別、年代と職業の関連性について評価するために、電話相談全体(29,388件)のうち、性別、年代、職業のすべての項目に欠損がなかった19,198件(65.3%)を対象とし、年代と性別、職業と性別、年代と職業の関連性についてそれぞれを評価した。なお、上記のいずれかに欠損項目があったのは10,190件(34.6%)であり、これらを含むデータは除外した上で以下の解析を実施している。

### 1. 基本結果(表Ⅱ-8、Ⅱ-9、Ⅱ-10)

19,198件のうち、性別は男性が11,052件(57.6%)、女性が8,146件(42.4%)であり、全体的場合と同様に男性の方が多かった。年代別では、30代が5,533件(28.9%)、40代が5,554件(28.9%)と30~40代を中心としたピークを認めた。職業では、定職者が4,959件(25.8%)、無職・失業者が11,838件(61.7%)、主婦が2,401件(12.5%)であった。

### 2. 年代と性別(表Ⅱ-11、図Ⅱ-1)

年代を性別毎に見ると、男性では30代が3,383件(30.6%)、40代が3,350件(30.3%)と多く、女性では30代が2,170件(26.6%)、40代が2,204件(27.1%)と多いとの結果であり、男女のどちらとも30~40代にピークを認めた。

年代毎の件数と性別の間には有意に関連が認められた( $\chi^2=117.5$ ,  $df=6$ ,  $p<0.001$ )。残差分析の結果から、男性では30代、40代が期待度数より有意に多く、女性では50代と60代、10代と20代が期待度数より有意に多かった。(本研究では、調整済み残差が正にかつ有意に大きい項目を列挙している。以下、特に断りがない場合は同様とする。)

### 3. 職業と性別(表Ⅱ-12、図Ⅱ-2)

職業を性別毎に見ると、男性では定職者が3,461件(31.3%)、無職・失業者が7,563件(68.4%)、主婦が28件(0.3%)であった。女性では定職者が1,498件(18.4%)、無職・失業者が4,275件(52.5%)、主婦が2,373件(29.1%)であった。男女ともに無職・失業者が半数以上なのは同様であったが、定職者や主婦の割合は性別により異なっていた。

職業毎の件数と性別の間には有意に関連が認められた( $\chi^2=3623.7$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ )。残差分析の結果から、男性では定職者と無職失業者が期待度数より有意に多く、女性では主婦のみが期待度数より有意に多かった。

### 4. 年代と職業(表Ⅱ-13、図Ⅱ-3)

年代を職業毎に見ると、定職者では30代が1,797件(36.2%)、40代が1,329件(26.8%)、20代が1,034件(20.9%)の順に多く、無職・失業者では40代が3,504件(29.6%)、30代が3,282件(27.7%)の順に多く、主婦では50代が722件(30.1%)、40代が721件(30.0%)の順に多いとの結果であり、定職者は20~40代、無職・失業者は30~40代、主婦は40~

50代とそれぞれの職種毎にピークが異なっていた。

年代毎の件数と職業の間には有意に関連が認められた ( $\chi^2=1243.0$ ,  $df=12$ ,  $p<0.001$ )。残差分析の結果から、定職者では20代と30代が期待度数より有意に多く、無職・失業者では10代と40代、60代が期待度数より有意に多かった。主婦では50代と60代が期待度数より有意に多かった。

### (3) 職業毎の結果

上記の結果より、職業毎に性別、年代などの背景が異なることが明らかになったため、職業毎の相談状況の評価を行うこととした。職業の情報が得られ、かつ評価項目に欠損がないのは6,429件（電話相談全体の29,388件のうち、21.9%にあたる）であった。

その内訳は、定職者が1,145件、無職・失業者が4,409件、主婦が875件であり、それぞれを対象とし、職業毎に、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向について以下に評価した。

#### 1. 定職者について

##### 1-a. 定職者の基本結果（表Ⅱ-14、Ⅱ-15、Ⅱ-16、Ⅱ-17、Ⅱ-18）

定職者の1,145件のうち、性別は男性が746件（65.2%）、女性が399件（34.8%）であり、全体的場合と同様に男性の方が多かった。

年代別では、30代が386件（33.7%）、40代が322件（28.1%）と30～40代を中心としたピークを認めた。

自殺志向の内訳は表Ⅱ-16に示した通りで、自殺志向群は589件（51.4%）、非自殺志向群は556件（48.6%）であった。

自殺未遂歴については、未遂歴ありが429件（37.5%）、なしが716件（62.5%）であった。

健康状態については、身体疾患ありが180件（15.7%）、精神疾患ありが965件（84.3%）であり、精神疾患の割合が8割以上を占めていた。

##### 1-b. 定職者の性別と自殺志向（表Ⅱ-19、図Ⅱ-4）

定職者における、性別からみた自殺志向群の割合は、男性746件のうち48.7%であるのに対して、女性399件のうち56.6%となり、女性において自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と性別の間には有意に関連が認められた ( $\chi^2=6.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ )。残差分析の結果においても、女性の自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

##### 1-c. 定職者の未遂と自殺志向（表Ⅱ-20、図Ⅱ-5）

自殺未遂歴からみた自殺志向群の割合は、未遂歴がある429件のうち76.0%であるのに対して、未遂歴がない716件のうち36.7%となり、未遂歴ありにおいて自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と未遂歴の間には有意に関連が認められた ( $\chi^2=165.5$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )。

残差分析の結果においても、未遂歴ありの自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

#### 1-d. 定職者の健康状態と自殺志向（表Ⅱ-21、図Ⅱ-6）

健康状態からみた自殺志向群の割合は、身体疾患がある180件のうち38.3%であるのに対して、精神疾患がある965件のうち53.9%となり、精神疾患ありにおいて自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と健康状態の間には有意に関連が認められた（ $\chi^2=14.7$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ）。残差分析の結果においても、精神疾患ありの自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

### 2. 無職・失業者について

#### 2-a. 無職・失業者の基本結果（表Ⅱ-22、Ⅱ-23、Ⅱ-24、Ⅱ-25、Ⅱ-26）

無職・失業者の4,409件のうち、性別は男性が2,699件（61.2%）、女性が1,710件（38.8%）であり、全体的場合と同様に男性の方が多かった。

年代別では、40代が1,396件（31.7%）、30代が1,188件（26.9%）の順に多く、30～40代を中心としたピークを認めた。

自殺志向の内訳は表Ⅱ-24に示した通りで、自殺志向群は2,356件（53.4%）、非自殺志向群は2,053件（46.6%）であった。

自殺未遂歴については、未遂歴ありが2,037件（46.2%）、なしが2,372件（53.8%）であった。

健康状態については、身体疾患ありが622件（14.1%）、精神疾患ありが3,787件（85.9%）であり、精神疾患の割合が8割以上を占めていた。

#### 2-b. 無職・失業者の性別と自殺志向（表Ⅱ-27、図Ⅱ-7）

無職・失業者における、性別からみた自殺志向群の割合は、男性2,699件のうち50.4%であるのに対して、女性1,710件のうち58.3%となり、女性において自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と性別の間には有意に関連が認められた（ $\chi^2=26.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ）。残差分析の結果においても、女性の自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

#### 2-c. 無職・失業者の未遂と自殺志向（表Ⅱ-28、図Ⅱ-8）

自殺未遂歴からみた自殺志向群の割合は、未遂歴がある2,037件のうち71.4%であるのに対して、未遂歴がない2,372件のうち38.0%となり、未遂歴ありにおいて自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と未遂歴の間には有意に関連が認められた（ $\chi^2=492.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ）。残差分析の結果においても、未遂歴ありの自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

#### 2-d. 無職・失業者の健康状態と自殺志向（表Ⅱ-29、図Ⅱ-9）

健康状態からみた自殺志向群の割合は、身体疾患がある622件のうち43.6%であるの対

して、精神疾患がある3,787件のうち55.1%となり、精神疾患ありにおいて自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と健康状態の間には有意に関連が認められた ( $\chi^2=28.3$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )。残差分析の結果においても、精神疾患ありの自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

### 3. 主婦について

#### 3-a. 主婦の基本結果 (表 II-30、II-31、II-32、II-33、II-34)

主婦の875件のうち、性別は男性が9件 (1.0%)、女性が866件 (99.0%) であり、全体の場合に反して、女性が9割以上を占めていた。

年代別では、50代が276件 (31.5%)、40代が262件 (29.9%)、30代が180件 (20.6%) の順に多く、30~50代を中心としたピークを認めた。

自殺志向の内訳は表 II-32に示した通りで、自殺志向群は473件 (54.1%)、非自殺志向群は402件 (45.9%) であった。

自殺未遂歴については、未遂歴ありが354件 (40.5%)、なしが521件 (59.5%) であった。

健康状態については、身体疾患ありが115件 (13.1%)、精神疾患ありが760件 (86.9%) であり、精神疾患の割合が8割以上を占めていた。

#### 3-b. 主婦の性別と自殺志向 (表 II-35、図 II-10)

主婦における、性別からみた自殺志向群の割合は、男性9件のうち3件 (33.3%) であるのに対して、女性866件のうち54.3%となり、女性において自殺志向群の割合が大きかった。これは定職者、無職・失業者と同様の傾向であったが、主婦では自殺志向と性別の間には有意な関連が認められなかった (Fisher's exact test,  $p=0.180$ )。なお、主婦の性別と自殺志向については、件数<5の項目があったため、Fisher's exact test により検定を行った。

#### 3-c. 主婦の未遂と自殺志向 (表 II-36、図 II-11)

自殺未遂歴からみた自殺志向群の割合は、未遂歴がある354件のうち71.5%であるのに対して、未遂歴がない521件のうち42.2%となり、未遂歴ありにおいて自殺志向群の割合が大きかった。自殺志向と未遂歴の間には有意に関連が認められた ( $\chi^2=72.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )。残差分析の結果においても、未遂歴ありの自殺志向群は期待度数より有意に多かった。

#### 3-d. 主婦の健康状態と自殺志向 (表 II-37、図 II-12)

健康状態からみた自殺志向群の割合は、身体疾患がある115件のうち52.2%であるのに対して、精神疾患がある760件のうち54.3%となり、精神疾患ありにおいて自殺志向群の割合が大きい傾向が見られた。これは定職者、無職・失業者と同様の傾向であったが、主婦では自殺志向と健康状態の間には有意な関連が認められなかった ( $\chi^2=0.2$ ,  $df=1$ ,  $p=0.664$ )。



## II-D 考察

### (1) 対象者について

本研究における全体の対象者では、男女別構成比は男性が約6割、女性が約4割であった。2012年の警察庁の自殺統計によると、調査年により多少の変動はあるものの、男性が約70%、女性が約30%と女性よりも男性が多い傾向が続いているとされており<sup>55)</sup>、本研究の男女別構成比は自殺既遂者と同様の傾向であったことを示していると考えられる。

年代別構成については、本研究の対象者では30～40代を中心としたピークがみられた。自殺統計では「60歳代」、「50歳代」、「40歳代」、「30歳代」、の順に多く、50～60代にピークがあるとされており<sup>55)</sup>、本研究とはピークが異なっていることが分かる。佐名手らによる、2001年の人口動態統計による自殺者数と2001年に開始・実施されたフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」による影響を検討した先行研究では、「人口動態統計の自殺者数では50代、60代の男性が多いが、自殺志向の受信件数では20代、30代の女性が多く、自殺者数と自殺志向の受信件数では性年齢別の特徴が異なること」が報告されている<sup>125)</sup>。この先行研究は2001年当時の結果による報告であり、そのまま本研究に当てはめるには限界があるが、自殺既遂者と「自殺予防いのちの電話」の利用者の年代別構成に相違があることについて、本研究においても同様の特徴を示す結果が得られたと考えられた。

職業については、本研究の対象者では「不明」を除くと、無職・失業者が約6割を占めて最も多く、次に定職者、主婦の順に多かった。2012年の警察庁の自殺統計では「無職」が59.8%と半数以上を占めて最も多く、2番目に多いのが「被雇用人・勤め人」とされている<sup>55)</sup>。なお自殺統計では「失業者」だけでなく、「主婦」と「学生・生徒等」を含めて「無職」に合計して集計しており、本研究の職業の分類と直接の比較を行うには限界があるが、自殺統計の「主婦」の人数を「無職」の人数から抜き出したとしても、「無職」が半数以上を占め、「被雇用人・勤め人」、「主婦」の順であるのには変わりがなく<sup>55)</sup>、本研究の職業別構成比と概ね一致していることが言える。

自殺未遂歴については、本研究の対象者では「不明」を除くと、未遂歴ありが約4割、未遂歴なしが約6割の構成比であった。2012年の警察庁の自殺統計における「自殺未遂歴の有無別自殺者数の年次推移」で報告されている実数から計算すると、「未遂歴あり」が約2割、「未遂歴なし」が約8割、「不詳」が約2割となる<sup>55)</sup>。警察庁の自殺統計においても「不詳」を除くと、「未遂歴あり」が約3割、「未遂歴なし」が約7割の構成比となり、本研究の自殺未遂歴の有無に関する構成比は、自殺既遂者と同様な傾向であったことを示していると考えられる。ただし、本研究の未遂歴に関する「不明」の件数と、警察庁の自殺統計の「不詳」の人数はそれぞれ件数、全体に対する割合が異なっており、本研究の結果だけをもって、それぞれの自殺未遂歴の有無に関する構成比が同一であったと考えるには限界があり、注意が必要である。

また、すでに繰り返し述べたように、自殺者数は、警察庁の自殺統計などによりその人数は明らかにされている<sup>55)</sup>。しかし、一般地域住民における自殺未遂歴の割合に関してとい

った、自殺未遂者に関する全国レベルの調査はまだ行われておらず、今後日本においても自殺未遂者の正確な統計調査が必要であるとされている<sup>126)</sup>。海外にはいくつか先行研究があることが知られているが、米国の8州における研究によると、自殺未遂者は自殺既遂者の10倍以上存在することが報告されている<sup>90)</sup>。仮にその比率によって日本の自殺者3万人から推計すると、日本には自殺未遂者が30万人以上存在するということになる。

本研究の成果の一つは、自殺ハイリスク群の一つの集団における、自殺未遂歴の有無に関する構成比を明らかにしたものであると考えられる。上記の警察庁の自殺統計との比較や、未遂歴に関する「不明」の割合が大きいことなどの点から、日本全体の自殺ハイリスク群そのものの結果と解釈するには限界があることは、注意点として明記すべきことであるが、我々が知る限り日本で初めての知見である。

自殺志向については、本研究の対象者では自殺志向群の割合は33.1%であった。一般地域住民における自殺念慮の割合についてはいくつか報告がある。清水らは2003年に長野県の一つの地方都市における中高年男女を対象とした研究において、自殺念慮を抱えた地域住民の割合は約4%であると報告している<sup>8)</sup>。松崎らは2006年と2011年の筑波研究学園都市における民間および公的労働機関の1万人規模の労働者を対象とした調査より、一般労働者のうち自殺念慮を抱えた者の割合が3.4%（2006年調査）から4.3%（2011年調査）であったと報告している<sup>127)</sup>。これらの先行研究での一般地域住民や労働者における自殺念慮の割合が概ね3~4%であることと比較すると、本研究における自殺志向群の割合は極めて高い。この点からも、本研究の対象者であるいのちの電話の利用者を「自殺ハイリスク群」の一つの集団であると位置付けることが妥当であると考えられた。

電話の発信元の都道府県については、本研究の対象者では、東京、神奈川、大阪、兵庫、埼玉などが上位に位置していた。警察庁の自殺統計の都道府県別自殺者数を表Ⅱ-38に示しているが、東京、大阪、神奈川、埼玉、愛知の順に上位となっており<sup>55)</sup>、大都市を要する都道府県が上位に見られるなど、同様の傾向であった。

上記から、本研究の全体の対象者は、年代別構成比は自殺統計の自殺者とやや構成が異なるものの、それ以外の男女別構成比、職業別構成比、自殺未遂歴の有無に関する構成比、発信元の地域は概ね同様の傾向がみられた。本研究の対象である電話相談利用者は日本全体を母集団として一定の代表性が担保されていると考えられ、本研究においてはその実情を一部明らかにすることにより、自殺ハイリスク群の実態に迫ったものと考えられた。

## (2) 年代と性別、職業と性別、年代と職業について

男女別構成比については、男性が約6割、女性が約4割であり男性が多く、全体と同様の傾向であった。

年代別については、実数としては男女ともに30～40代にピークを認めた。統計学的な検討では、男性では30代、40代が期待度数よりも統計学的に多いという結果で実数の傾向と一致していたが、女性では50代と60代、10代と20代が期待度数よりも統計学的に多いという2つのピークが認められるという結果であった。

職業については、男性では定職者と無職・失業者が期待度数より有意に多く、女性では主婦のみが期待度数より有意に多いという結果であった。

職業と年代については、定職者では20代と30代が期待度数より有意に多く、無職・失業者では10代と40代、60代が期待度数より有意に多かった。主婦では50代と60代が期待度数より有意に多いという結果であった。

これらの年代と性別、職業と性別、年代と職業に関する検討から、本研究の対象者は性別・年代・職業のそれぞれが異なる複数の集団が重なり合った集団として構成されていることが伺えると考えられた。すなわち、

- ① 20～30代／定職者／男性 を構成の中心とする集団
- ② 10代、40代、60代／無職・失業者／男性 を構成の中心とする集団
- ③ 50～60代、30～40代／主婦／女性 を構成の中心とする集団

という3つの集団が重なり合い、本研究の対象の自殺ハイリスク群の全体像として構成されている可能性が高いと言える。

ただし、この結果は、性別、年代、職業の3項目に欠損がなかった19,198件（65.3%）を対象とした解析から導かれた結果であることから、その解釈には注意が必要である。

### （3）職業毎の結果と自殺志向について

男女別構成比については、主婦を除いて、定職者（男性65.2%、女性34.8%）、無職・失業者（男性61.2%、女性38.8%）のどちらも男性が約6～7割、女性が約3～4割であり、男性が多いという全体的場合と同様の傾向であった。当然ながら、主婦は女性が9割以上を占めていた。

年代別については、定職者では30～40代を中心としたピーク（定職者で最も多いのは30代）、無職・失業者では30～40代を中心としたピーク（無職・失業者で最も多いのは40代）、主婦では30～50代を中心としたピーク（主婦で最も多いのは50代）を示し、職業毎に特徴的な年代の傾向が明らかとなった。

自殺志向については、自殺志向群の割合は、定職者、無職・失業者、主婦それぞれで約5割を占める割合であり、同様の結果であった。自殺未遂歴と健康状態については、定職者、無職・失業者、主婦それぞれで自殺未遂歴ありが約4割、未遂歴なしが約6割であり、身体疾患ありが約1～2割、精神疾患ありが約8～9割であり、どちらも同様の結果であった。これらのことから、自殺志向の有無、自殺未遂歴の有無、身体疾患と精神疾患の構成比につ

いては、本研究の対象者では、職業毎の検討を行った結果、同様な傾向であったことを示していると考えられる。

それぞれの職業毎に、性別からみた自殺志向群の割合、自殺未遂歴からみた自殺志向群の割合、健康状態からみた自殺志向群の割合を検討した。定職者と無職・失業者においては、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向には統計学的に有意な関連が認められ、これらについての統計科学的な詳細な検討から、

- ① 女性が男性よりも自殺志向の割合が高いこと
- ② 自殺未遂歴がある場合は、自殺未遂歴がない場合よりも自殺志向の割合が高いこと
- ③ 精神疾患がある場合は、身体疾患がある場合よりも自殺志向の割合が高いこと

という3つの結果が得られ、自殺志向に関連する性別・医学的な要因が明らかになったと考えられる。従来から、自殺未遂歴や精神疾患の既往は自殺企図のリスクとなることや<sup>128)</sup>、自殺には性差があり、自殺既遂は男性で多く、自殺未遂は女性で多いことなどが報告されているが<sup>92)</sup>、本研究の結果はこれらの先行研究における精神医学的な知見を支持する結果となった。

なお、主婦においては、②の未遂歴と自殺志向についてのみにおいて、統計学的に有意な関連が認められた。主婦においてだけ、①と③が有意な結果とならなかった理由としては、そもそも主婦は全体においても件数が少なく（29,388の8.8%）、さらに欠損項目を除外し解析対象となった主婦の対象件数が875件と少なかったことが一番の要因として考えられる。したがって、2009年以降の電話相談活動の結果を追加するなどの方法により、調査の対象を拡大することで、主婦を対象とした集団においても同様な知見を得ることができると考えられることが考えられ、本研究における今後の課題の一つである。

また、逆に主婦の解析対象の件数が少ないという統計学的条件が厳しい中でも、②の自殺未遂歴でのみ有意な結果が得られたことは、特に強調すべき点であるといえる。すなわち、いくつかの自殺の危険因子の中で、「自殺未遂の既往」が最も明確で強力な因子と認められているとされる複数の先行研究の知見を<sup>87, 88, 89)</sup>、本研究の結果も間接的に支持する結果であると考えられる。

#### （4）本研究の限界と課題

すでに上記までの考察中で述べた限界点に加え、研究全体に関わるものを以下に述べる。

本研究では、日本における自殺ハイリスク群の一つの集団として、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者を対象としたが、2009年も含め、現在のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の活動は、毎月10日に24時間単位で開催され、1年間に12日間という限定した期間で実施されるものである。したがって、仮にその12日間以外の期間に同様な電話相談が行われることを想定すると、今回の対象に含まれていない人数も相当数存

在することが考えられる。それゆえ、標本抽出バイアスや自己選択バイアスが存在している可能性があり、本研究の結果は、いのちの電話の利用者という自殺ハイリスク群の一つの集団の結果を述べているにすぎない。

期間については、2009年1月から12月までの単年度のみを対象としており、年度毎の状況や、その変化について評価できていない。そのため、今後は調査年度を拡大して研究を継続していくことが必要であり、課題であると考えられた。

また、電話相談活動から得られた業務統計のデータを用いており、調査統計を主目的としたデータではないためデータの項目に限りがあり、評価項目とした性別、年代、職業、自殺志向、自殺未遂歴、健康状態、発信元の地域、以外の基礎情報が得られていないため、その影響が検討できていないことなどの限界があると考えられた。さらに、得られた評価項目の中でも、「不明」の回答の割合が一定数存在し、特に「不明」の回答の割合の大きかった「自殺未遂歴」、「健康状態」の2項目についての結果の解釈は慎重に行うべきであると考えられる。相談者の実態をより詳細に明らかにするという観点からは、構造化面接のようにすべての利用者にあらかじめ用意しておいた質問項目を網羅的に確認するという方法が考えられるが、いのちの電話の「電話を通じて人々の悩みを聴き心の支えになっていく」といった基本理念<sup>98)</sup>の妨げとなることのないように十分な留意が必要である。この点については、半構造化面接の視点・手法を応用したより網羅的な背景票の開発や、既存の自殺統計との比較が可能な分類を採用するなどといったことが改善方法としては考えられ、今後の課題である。

最後に、電話相談の利用者には、その日のうちに連続して繰り返しの電話をかける場合やいたずら目的の電話をかける場合もあるが、その重複や影響を除外できていない点が限界点としてあげられる。しかしながら、一見するといたずら目的と思われる相談であっても次第に深刻な相談内容へと進展するケースや、複数回電話をかけてくること自体が援助希求の表現方法であることもありうることから、複数回の電話やいたずら目的と思われる相談を一様に除外することは適切でないと考えた。そのため、本研究においては、結果の実数はすべて「人数」ではなく、「件数」として表記するにとどめている。重複した電話相談がどの程度の件数あったかについては、本研究の結果からは明らかにすることはできないが、筆者が解析の元データそのものの、一つ一つの日付や前後のケースの情報の類似性の有無を質的に検討した限りでは、性別や年代、地域などの属性情報が同一のケースが複数回連続で計上されていることは、記録上は確認できなかった。また、電話相談においては、繰り返しの電話をかけてくる利用者に対しては、『フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」は「自殺予防のための」電話相談であること』といった活動の主旨を説明しているとされている。フリーダイヤルの電話相談活動そのものに対しては、相談員自身はアクティブ・リスニングにより、電話の早い段階で「死ぬことを考えているか」を聴けるように心がけていとされており、自殺に至る緊急性の低い電話に対しては、いのちの電話の「通常の電話相談」にかけようように促すよう工夫しているとされている<sup>129)</sup>。これらのいのちの

電話の相談員の取り組みそのものは、本研究の結果の評価において、重複の影響を除外可能であることを直接示すものではないが、本研究全体の結果の信用性を支持するものであると考えられる。

## II-E 結論

本研究は、社会に広く知られた自殺予防の活動である「自殺予防いのちの電話」の2009年の利用者を対象とし、現在の日本における自殺ハイリスク群の実態の特徴や傾向を明らかにした。日本いのちの電話連盟及びその加盟センターである全国の各いのちの電話によるフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」は、日本における全国規模の自殺予防の活動であることから、その利用者は自殺ハイリスク群として日本全体を母集団とすると考えられた。

本研究の結果においても、本研究の全体の対象者の解析結果からは、年代別構成比は自殺統計の自殺者とやや構成が異なるものの、それ以外の男女別構成比、職業別構成比、自殺未遂歴の有無に関する構成比、発信元の地域は基本的に一致もしくは同様の傾向であった。したがって、日本全体を母集団として代表性が担保されている可能性が高いと考えられた。そして、本研究の全体の対象者においては、その自殺志向群の割合が地域の一般住民や労働者よりも極めて高く、自殺ハイリスク群の一つの集団として位置づけることが妥当であると考えられた。

次に、年代と性別、職業と性別、年代と職業に関する検討を行った。この検討から、本研究の対象者は性別・年代・職業のそれぞれが異なる複数の集団が、

- ①20～30代／定職者／男性を構成の中心とする集団
- ②10代、40代、60代／無職・失業者／男性を構成の中心とする集団
- ③50～60代、30～40代／主婦／女性を構成の中心とする集団

という3つの集団が重なり合った集団として、本研究の対象の自殺ハイリスク群の全体像として構成されている可能性が高いことが明らかになったと考えられた。

最後に、本研究の対象者では、職業毎に性別、年代などの背景が異なることが明らかになったため、職業毎に個別に相談状況の評価を行った。自殺志向の有無、自殺未遂歴の有無、身体疾患と精神疾患の構成比については、本研究の対象者では、職業毎の検討を行った結果も、全体と同様な傾向であった。

それぞれの職業毎に、性別からみた自殺志向群の割合、自殺未遂歴からみた自殺志向群の割合、健康状態からみた自殺志向群の割合を検討した。定職者と無職・失業者においては、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向には統計学的に有意な関連が認められ、これらについての統計科学的な詳細な検討から、

- ① 女性が男性よりも自殺志向の割合が高いこと

② 自殺未遂歴がある場合は、自殺未遂歴がない場合よりも自殺志向の割合が高いこと

③ 精神疾患がある場合は、身体疾患がある場合よりも自殺志向の割合が高いこと

という3つの結果が得られ、自殺志向に関連する性別・医学的な要因が明らかになった。主婦においては、未遂歴と自殺志向のみにおいて統計学的に有意な関連が認められた。従来から、自殺未遂歴や精神疾患の既往は自殺企図のリスクとなることや、自殺には性差があることなどが知られているが、本研究の職業毎の結果は、これらの先行研究における精神医学的な知見をさらに支持する結果となった。

なお、主婦においては、①の性別と自殺志向、③の健康状態と自殺志向には統計学的に有意な関連が認められなかったが、欠損項目を除外した後の解析対象件数が少なかったことが大きな要因として考えられた。したがって、2009年度以外の評価も行うなど、調査の対象を拡大することが本研究における今後の課題の一つであると考えられた。

通常、自殺ハイリスク群を対象とした集団としての統計情報を得ることは非常に困難であるが、本研究によって、自殺ハイリスク群の男女別構成比、年代別構成比、職業別構成比、自殺未遂歴の有無に関する構成比、発信元の地域などの自殺ハイリスク群の実態が明らかになり、定職者、無職・失業者、主婦という3つの職業毎の自殺志向に関連する性別・医学的な要因という希少な疫学データが明らかとなった。

## 第Ⅲ章

### 茨城いのちの電話における4年間の 相談状況に関する研究



## 第Ⅲ章 茨城いのちの電話における4年間の相談状況に関する研究

### Ⅲ-A 目的

第Ⅰ章や第Ⅱ章で述べたように、日本政府の当面の重点施策においても「自殺未遂者、遺族等の実態及び支援方策についての調査の推進」が掲げられていることから<sup>44)</sup>、日本における自殺リスクの高い集団の状況を詳細に把握することが重要であると考えられている。したがって、日本における自殺ハイリスク群の実態調査が必要とされているが、希死念慮を抱えている人や精神科救急搬送者を含む、実際に自殺遂行の前段階に位置し自殺リスクの高い集団と位置付けられる自殺ハイリスク群は、その自殺遂行の前段階という特殊性のために、集団としての統計情報を得ることが非常に困難であり、自殺ハイリスク群の実態はいまだ十分には明らかにされていない。救命救急センターは自殺未遂者が集中し、アクセスしやすいという観点から<sup>2)</sup>、日本においては、救命救急センターを拠点として自殺企図者や自殺未遂者に限定した調査や介入研究が行われつつあり、いくつかの有用な知見が得られている。しかし、そもそも自殺・自殺未遂やその関連行動とその当事者の実態把握は極めて不十分であるとされており<sup>93)</sup>、従来の日本の自殺に関する調査は、その多くが病院で治療を受けていた人のみを対象としたものであるとされている<sup>121)</sup>。また、世界的に見ても、自殺ハイリスク群を対象とした実態調査はいまだ十分な調査研究が行われておらず、日本においては、自殺企図者や自殺未遂者に限定せずに、自殺ハイリスク群そのものを対象とした大規模な疫学研究は行われていない。

そこで、本研究においては、社会に広く知られた自殺予防の活動である、いのちの電話の「通常の電話相談」の利用者の相談状況を明らかにすることを目的として実施した。

茨城いのちの電話における「通常の電話相談」の2008年から2011年までの4年間の電話相談の状況を検討し、性別や相談の曜日、相談の時間帯と経過時間に関して詳細な分析を行うこととした。本研究により、いのちの電話の利用者の相談行動のタイミングや状況にどのような特徴があるかを評価し、現在の日本における自殺ハイリスク群の実態を明らかにするべく、調査を実施した。

### Ⅲ-B 対象と方法

#### (1) 対象

茨城いのちの電話では電話相談が24時間受信体制で継続して実施されている。その受信状況については、相談状況を記録する目的で、匿名化された統計情報として茨城いのちの電話の事務局により集計されている。本研究では茨城いのちの電話の利用者を対象とし、対象期間は2008年1月1日から2011年12月31日までの4年間とした。期間中の総相談件数は99,019件であった。その中で、評価項目に欠損のない93,094件(94.0%)を解析対象とした。統計データは茨城いのちの電話の事務局により集計され、本研究に関わる担当者

が相談者個人を特定することができない形の連結不可能匿名化データとして事務局より提供を受けた。

## (2) 茨城いのちの電話について

茨城いのちの電話の成り立ちと現在の活動について以下に概説する。

社会福祉法人茨城いのちの電話 (Ibaraki Inochi No Denwa 略称: IID) は、茨城県つくば市に事務局をおく「茨城いのちの電話」と、その水戸分室である「茨城いのちの電話水戸」の2拠点により構成されている<sup>130)</sup>。「茨城いのちの電話」は1985年6月に開局され、1988年3月には社会福祉法人として認可されている。「茨城いのちの電話水戸」は1992年4月に水戸分室として開局されている<sup>109)</sup>。IID は、日本いのちの電話連盟の基本理念と活動理念を同じくしており、第 I 章で詳細を述べた「通常の電話相談」とフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の二つの活動を電話相談の中心事業としていることも同様である。水戸分室は13時～20時の1日7時間の連続した時間帯で電話を受ける相談体制であるが、つくばの茨城いのちの電話は、1991年6月から継続して24時間受信可能な相談体制で運営されている<sup>109)</sup>。日本いのちの電話連盟に加盟するセンターの中でも、センター毎に電話対応可能な体制が異なっていることを述べたが、24時間体制で受信対応可能なのは24センターであり半数程度である<sup>113)</sup>。IID はその24センターに含まれており、かつ同一県内に分室を持っており、全国の各いのちの電話の中でも充実した体制で運営されている。なお、2013年現在、全国の49センターのうち、分室を持って活動しているのは青森、福島、茨城、埼玉、長野、奈良、島根の7センターのみである<sup>109)</sup>。

茨城いのちの電話の「通常の電話相談」の受信状況の概要については、IID の事業計画や年度毎の事業報告とともに、IID の発行する事業報告書や IID の WEB 上の HP において事務局より毎年公表されている<sup>131), 132)</sup>。

## (3) 評価項目

IID の事務局より提供を受けた統計データから、①性別、②相談の曜日、③相談の時間帯、④相談の経過時間、⑤自殺志向について評価項目とした。「自殺志向」とは、その電話相談において、何らかの理由で自殺に関わる相談であった場合に「自殺志向あり」といのちの電話の相談員により評価されたものであり、第 II 章と同じである。

## (4) 統計解析

相談の曜日、時間帯、経過時間の性別毎の分布については  $\chi^2$  検定を用いて分析を行い、両側検定で有意水準を 5%未満 ( $p<0.05$ ) とした。 $\chi^2$  検定で有意となった項目については、調整済み標準化残差を求め、両側検定で有意水準を 5%未満 (=調整済み残差の絶対値 $>1.96$ ) として評価を行った。

全ての解析には、IBM SPSS 19.0 for windows を用いた。

## (5) 倫理的配慮

本研究は筑波大学大学院人間総合科学研究科倫理委員会（承認通知番号：第73号 平成22年11月16日付）、日本いのちの電話連盟理事会、及び茨城いのちの電話理事会の承認を得て実施した。実態調査という観点からは、対象者に直接調査目的の説明を行い事前に同意を得ることが望ましいと考えられた。しかし、いのちの電話の電話相談では「通常の電話相談」においても、相談者及び相談対応者ともに匿名での相談であり、また相談状況という統計データを対象としており人体試料ではなく、取得の際に対象者への侵襲性もないことから、これらの情報の管理者責任者である日本いのちの電話連盟理事会および茨城いのちの電話理事会の承認をもって、その同意と代諾とした。なお、茨城いのちの電話から提供を受けたデータについては、集計時点において連結不可能匿名化データであり個人情報に含まないが、いのちの電話利用者に関する守秘性の高いデータであるため、個人情報保護の原則に準じて厳重に管理を行うこととし、筑波大学大学院人間総合科学研究科倫理委員会の承認を得た研究計画の手順にしたがって情報管理を行った。

## Ⅲ-C 結果

### (1) 相談全体

#### 1. 性別毎の相談件数（表Ⅲ-1）

総相談件数は93,094件であり、性別では男性が44,290件（47.6%）、女性が48,804件（52.4%）であった。男性と女性の割合は女性の方が多かった。

#### 2. 曜日と性別（表Ⅲ-2、図Ⅲ-1）

全体では、曜日別の相談件数は、土曜日 13,687 件（14.7%）、水曜日 13,634 件（14.6%）、日曜日 13,498 件（14.5%）の順番に多く、火曜日 12,765 件（13.7%）、金曜日 12,860 件（13.8%）の順番に少なかった。

しかし性別毎に見ると、男性では日曜日 6,989 件（15.8%）、土曜日 6,801 件（15.4%）の順番に多く、火曜日 5,909 件（13.3%）、金曜日 5,919 件（13.4%）の順番に少なかったが、女性では水曜日 7,455 件（15.3%）、木曜日 7,187 件（14.7%）の順番に多く、日曜日 6,509 件（13.3%）、火曜日 6,856 件（14.0%）の順番に少なかった。したがって、男性は日曜日、土曜日に相談が多く、女性は水曜日、木曜日に相談が多いという結果であり、男女の曜日ごとの相談件数は異なる分布であった。

曜日別の件数と性別の間には有意に関連が認められた（ $\chi^2=176.8$ ,  $df=6$ ,  $p<0.001$ ）。残差分析の結果から、男性では特に日曜日、土曜日が期待度数より有意に多く、女性では特に水曜日、金曜日が期待度数より有意に多かった。（調整済み残差が、正にかつ有意に大きい項目を列挙している。以下、特に断りがない場合は第Ⅲ章においても同様とする）

### 3. 時間帯と性別（表Ⅲ-3、表Ⅲ-4、図Ⅲ-2、図Ⅲ-3）

全体では、時間帯別の相談件数は、1h 毎では、13 時台が 8,963 件（9.6%）と最も多く、2 時台が 956 件（1.0%）と最も少なかった。（時刻表記は全て 0 時から 23 時台までの 24h 表記とする）6h 毎では、12-17 時台が 42,842 件（46.0%）と最も多く、0-5 時台が 8,260 件（8.9%）と最も少なかった。件数の上位は 13-19 時台に集中しており、13 時台から 19 時台に相談件数のピークが認められた。

性別毎に見ると、男性の 1h 毎では、13 時台が 4,087 件（9.2%）と最も多く、2 時台が 444 件（1.0%）と最も少なかった。女性の 1h 毎では、13 時台が 4,876 件（10.0%）と最も多く、2 時台が 512 件（1.0%）と最も少なかった。男性の 6h 毎では、12-17 時台が 20,015 件（45.2%）と最も多く、0-5 時台が 4,009 件（9.1%）と最も少なかった。女性の 6h 毎では、12-17 時台が 22,827 件（46.8%）と最も多く、0-5 時台が 4,251 件（8.7%）と最も少なかった。上記から、全体と男性、女性の最も多い、または最も少ない時間は同じ時刻帯であった。しかし、全体を通してみると女性が男性を上回る時間帯が多い中で、9-12 時台や 3-6 時台のように連続して男性が女性を上回る時間帯があるという結果が得られた。

1h 毎と 6h 毎の両方とも、時間帯別の件数と性別の間には有意に関連が認められた（1h 毎（ $\chi^2=322.7$ ,  $df=23$ ,  $p<0.001$ ）、6h 毎（ $\chi^2=75.0$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ））。残差分析の結果から、男性の 1h 毎では、9-12 時台と 3-6 時台、20 時台が期待度数より有意に多かった。女性の 1h 毎では 18 時台が期待度数より有意に多かった。男性の 6h 毎では、6-11 時台が期待度数より有意に多く、女性の 6h 毎では、12-17 時台が期待度数より有意に多かった。

### 4. 経過時間と性別（表Ⅲ-5、図Ⅲ-4）

全体では、経過時間別の相談件数は、0 分以上 10 分未満（以下 0-10 分とする）が 25,266 件（27.1%）、10 分以上 30 分未満（以下 10-30 分）が 32,337 件（34.7%）、30 分以上 60 分未満（以下 30-60 分）が 25,336 件（27.2%）、60 分以上が 10,155 件（10.9%）であり、10-30 分が最も多かった。

しかし性別毎にみると、男性では 0-10 分が 19,322 件（43.6%）と最も多く、短時間の相談が中心であったのに対して、女性では 10-30 分 18,049 件（37.0%）、30-60 分 17,245 件（35.3%）の順番に多く、男女で異なる結果であった。

経過時間別の件数と性別の間には有意に関連が認められた（ $\chi^2=13079.4$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ）。残差分析の結果から、男性では 0-10 分が期待度数より有意に多く、女性では 30-60 分、60 分以上が期待度数より有意に多かった。

#### （2）自殺志向の相談について

##### 1. 性別毎の相談件数（表Ⅲ-6）

自殺志向の相談は 1,364 件（93,094 件の 1.5%）であり、性別は男性が 646 件（47.4%）、女性が 718 件（52.6%）であった。男性と女性の割合は女性の方が多く、これは相談全体に

おける割合と同様であった。

## 2. 曜日と性別（表Ⅲ-7、図Ⅲ-5）

自殺志向の相談の全体では、曜日別の相談件数は、木曜日 225 件（16.5%）、月曜日 212 件（15.5%）、火曜日 209 件（15.3%）の順番に多く、土曜日 156 件（11.4%）、水曜日 179 件（13.1%）の順番に少なかった。これは相談全体における曜日の件数と異なる分布であった。

しかし性別毎に見ると、男性では木曜日 118 件（18.3%）、火曜日 100 件（15.5%）の順番に多く、土曜日 78 件（12.1%）、水曜日 84 件（13.0%）の順番に少なかったが、女性では月曜日 125 件（17.4%）、火曜日 109 件（15.2%）の順番に多く、土曜日 78 件（10.9%）、水曜日 95 件（13.2%）の順番に少なかった。男女ともに土曜日が最も少なく、これは相談全体における件数と異なる分布であった。

曜日別の件数と性別の間には有意な関連が認められなかった（ $\chi^2=6.4$ ,  $df=6$ ,  $p=0.381$ ）。

## 3. 時間帯と性別（表Ⅲ-8、表Ⅲ-9、図Ⅲ-6、図Ⅲ-7）

自殺志向の相談の全体では、時間帯別の相談件数は、1h 毎では、19 時台が 122 件（8.9%）と最も多く、6 時台が 17 件（1.2%）と最も少なかった。6h 毎では、12-17 時台が 575 件（42.2%）と最も多く、0-5 時台が 161 件（11.8%）と最も少なかった。1h 毎では相談全体の場合とは最も件数が多い時間が異なる（相談全体は 13 時、自殺志向の相談は 19 時）結果であったが、時間帯全体を通してみると、件数の上位は 13-19 時台に集中しており、13 時台から 19 時台に相談件数のピークが認められ、これは相談全体における件数と同様の分布であった。

性別毎に見ると、男性の 1h 毎では、13 時台が 64 件（9.9%）と最も多く、2 時台が 6 件（0.9%）と最も少なかった。女性の 1h 毎では、19 時台が 63 件（8.8%）と最も多く、7 時台が 4 件（0.6%）と最も少なかった。男性の 6h 毎では、12-17 時台が 279 件（43.2%）と最も多く、0-5 時台が 77 件（11.9%）と最も少なかった。女性の 6h 毎では、12-17 時台が 296 件（41.2%）と最も多く、0-5 時台が 84 件（11.7%）と最も少なかった。上記から、全体と男性、女性の最も多い、または最も少ない時間は 1h 毎では異なっていたが、6h 毎では同じ時刻帯であった。全体を通してみると 10-11 時台や 6-7 時台のように男性が女性を上回る時間帯が認められたが、これは相談全体における時間帯と異なる分布であった。

1h 毎と 6h 毎の両方とも、時間帯別の件数と性別の間には有意な関連が認められなかった（1h 毎（ $\chi^2=30.3$ ,  $df=23$ ,  $p=0.140$ ）、6h 毎（ $\chi^2=4.9$ ,  $df=3$ ,  $p=0.183$ ））。

## 4. 経過時間と性別（表Ⅲ-10、図Ⅲ-8）

自殺志向の相談の全体では、経過時間別の相談件数は、0-10 分が 229 件（16.8%）、10-30 分が 461 件（33.8%）、30-60 分が 461 件（33.8%）、60 分以上が 213 件（15.6%）であり、10-30 分と 30-60 分が最も多かった。

性別毎にみると、男性では 10-30 分が 219 件（33.9%）と最も多くなっており、女性では

30-60分が263件(36.6%)と最も多かった。全体的場合と比較すると、男女ともに長時間の相談の割合が増加していた。特に、全体的場合では0-10分の短時間の相談が中心であった男性において、10-30分と30-60分の割合が増加していた。

経過時間別の件数と性別の間には有意に関連が認められた( $\chi^2=40.6$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ )。残差分析の結果から、男性では0-10分が期待度数より有意に多く、女性では30-60分、60分以上が期待度数より有意に多かった。

### Ⅲ-D 考察

#### (1) 対象者について

本研究では年齢の基礎情報は得られていないため解析の対象となっていないが、佐名手らによる、2001年の人口動態統計による自殺者数と2001年に開始・実施されたフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」による影響を検討した先行研究では、自殺者数では50代、60代の男性が多いが、自殺志向の受信件数では20代、30代の女性が多く、自殺者数と自殺志向の受信件数では性年齢別の特徴が異なると報告されている<sup>125)</sup>。この先行研究は「通常の電話相談」を対象としたものではなく、全国のフリーダイヤルの「自殺予防いのちの電話」の受信件数を対象にしたものであり、また当時は1年間に1週間だけ限定した期間の実施であったもので、現在とは対象も実施期間も異なる活動であり、そのまま本研究に当てはめるには限界がある。したがって本研究の対象者との直接の比較には考慮が必要であるが、本研究の結果からも実際の自殺者と茨城いのちの電話の利用者は、性年齢の属性が異なっている集団であると考えられる。

警察庁の自殺統計によれば、自殺者全体の男女別構成比は、調査年により多少の変動はあるものの、日本では男性7割、女性3割の比率が続いているとされている<sup>3)</sup>。第Ⅱ章の結果から、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の対象者においては、男性が約6割、女性が約4割であることが明らかになった。本研究では、男女別構成比は女性の方がやや多かったものの、男女ともに約5割の比率であった。また、保坂らの先行研究によれば、自殺既遂は男性で多く、自殺未遂は女性で多いと報告されている<sup>92)</sup>。相談行動は自殺既遂そのものではないこと、また自殺未遂者は自殺ハイリスク群の中に含まれることから、本研究の男女別構成比が自殺既遂の結果に近くならず、逆に自殺未遂における先行研究の知見と同様の結果となったことにつながった可能性が考えられた。

自殺志向については、本研究の対象者全体では、自殺志向のあった相談の割合は1.5%であった。この割合は、第Ⅱ章のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の対象者における33.1%と比べると低い割合であり、一般地域住民や労働者における自殺念慮の割合が3~4%であるとする先行研究<sup>8, 127)</sup>と比較しても、低い割合であるといえる。このことは、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」が自殺予防に特化した活動であることと同時に、「通常の電話相談」は自殺ハイリスク群の中でも比較的軽い自殺念慮を抱えた対象者集団から構成されているからであると推測することができる。

また、本研究においては、電話相談中に直接自殺や自殺念慮を言及しなかった場合を自殺志向のない相談と評価しているが、いのちの電話の実際の相談の内容は、主治医との診療関係に関する悩みや、職場内でのパワーハラスメントや家庭内虐待、DV、学校でのいじめ、性的な悩み、職場や家族内での孤立など深刻な内容であることが多い<sup>123)</sup>。また、そういった悩みを抱えたときに、身近に相談する相手がいない、もしくは相談できないときに、社会的・家族内の孤立が重要な要因となり相談相手を探し求めて電話相談を利用することが多いと考えられる。先行研究においても、ソーシャルサポートの不足や孤独は自殺の危険因子の一つであると報告されている<sup>133)</sup>。したがって、本研究の対象者は高率に孤独もしくは社会的孤立が背景要因として存在することが想定され、自殺志向のなかった相談においても一般集団よりは自殺ハイリスク群に近い可能性があると考えられた。

ただし、本研究では評価項目として相談内容や相談者の性別以外の背景は得られておらず、実際の相談において、どの程度の割合で相談者が孤独もしくは社会的孤立を抱えているかという点については評価できておらず、性別以外の身体・精神疾患の有無、通院・治療状況、職業などの他の背景要因とともに、それらの影響を含めた統計学的検討を行う必要があり、今後の研究における課題である。

## (2) 相談全体について

電話相談の曜日、時間帯、経過時間を性別毎に見ると男女間での分布に差があった。男性では日曜日、土曜日と週末が多く、火曜日、金曜日と平日に少ないという結果が得られた。女性では水曜日、木曜日と平日が多く、日曜日が最も少ないという結果が得られた。本研究の結果から、曜日と性別の間には有意に関連があることが示されており、特に日曜日の男性の相談件数は期待値よりも著しく多い結果であった。

このことは、相談者の性別毎に背景が異なっていたことを示しているものと考えられるが、NHKが2002年に実施した日本人を対象にした意識調査においても、「仕事が忙しすぎる」「休日・休暇がとれない」「事業が不振である」といった仕事を通じての悩みがストレスサーとして女性では上位にならず、男性のみで上位に位置していることが特徴的であるとされている<sup>134)</sup>。本研究の対象者においても、男性は就労者の割合が女性よりも多いことが考えられ、勤務上の問題や悩みから、週末、特に休日の終わる日曜日に相談行動を多く起こしている可能性が考えられた。一方、女性は専業主婦などの非就労者の割合が男性よりも多いことが考えられ、男性とは相談行動のタイミングが異なっていることが考えられた。自殺統計によれば、発見曜日別の一日平均自殺者数については、男女ともに月曜日が最も多い<sup>3)</sup>。すなわち、本研究における自殺ハイリスク群の相談行動が多い曜日のタイミングと、自殺既遂者の統計では異なる結果であった。自殺ハイリスク群は、実際の自殺遂行の前段階に位置しており、対象者の背景を考慮し、相談行動のタイミングに対応して社会資源を投入することで、より効果的な自殺防止対策となる可能性が考えられた。

自殺既遂の時間に関する先行研究では、Galleraniらによる「昼前から正午にかけて発生の

ピークがある」という報告<sup>135)</sup>や、Altamuraらによる「8:31と12:30にピークがある」という報告<sup>136)</sup>がある。日本の自殺統計では、調査年によってばらつきがあり、2003年の「男性は5-6時台、女性は10-12時台が多い」とする報告<sup>137)</sup>や、2009年の「男性は5-6時台、女性は12,15時台が多い」とする報告<sup>138)</sup>、2011年の「男性は6-8時、10-12時、女性は16-18時が多い」とする報告<sup>3)</sup>がある。これらの報告では、時間帯のピークは死亡時刻に基づいて評価されているものが大半であるが、自殺行為の時間と死亡時刻には時間的解離がある可能性があるとする報告<sup>136)</sup>もある。自殺防止という観点からは、自殺行為もしくは自殺による死亡時刻そのものではなく、より早い段階でアプローチできることが必要であることは明らかである。本研究では、相談の時間帯については、男女ともに13時台が最も多く、自殺ハイリスク群が相談行動を行う時間帯、すなわち実際に援助を希求することが多い時間帯が明らかになったと考えられた。

本研究の結果から、相談の時間帯と性別の間には有意に関連があることが示された。特に男性の相談が多い時間帯の9-12時台と3-6時台については、それぞれ出勤時間後及び出勤前に相当すると考えられ、男性においては勤務上の問題や悩みが相談行動のタイミングに影響を及ぼしている可能性があると考えられた。平成23年の自殺統計においても男女で自殺既遂の時間帯の分布は同様に異なっており、男性は6-8時、8-10時、10-12時に自殺者数が多く、女性は16-18時、18-20時、20-22時に自殺者数が多いと報告されており<sup>3)</sup>、自殺ハイリスク群の相談行動のタイミングの特徴を踏まえた対応が必要であると考えられた。

### (3) 自殺志向の相談について

相談全体と自殺志向の相談を比較すると、性別の割合はほぼ同割合であったが、曜日、時間帯、経過時間の分布が異なっていた。このことから、いのちの電話の「通常の電話相談」の中でも、自殺志向の高い相談者の場合、相談行動のタイミングが異なる可能性が考えられた。

また、相談の経過時間に関しては、男女ともにより長時間の相談となっていた。特に、全体の場合には短時間の相談が中心であった男性においても、自殺志向の相談の場合には長時間の相談が中心となっていたことが特徴的であった。このことから、自殺志向の相談では、より必要性や深刻度の高い相談が行われている可能性が考えられた。

### (4) 本研究の限界と課題

本研究では、日本における自殺ハイリスク群の集団として、茨城いのちの電話の利用者を対象としたが、標本抽出バイアスや自己選択バイアスが存在している可能性があり、母集団として全ての自殺ハイリスク群と完全に一致しているとは言えず、本研究の結果は自殺ハイリスク群の一つの集団の結果を述べているにすぎない。

本研究における自殺志向の評価は、何らかの理由で直接自殺に関わる相談であった場合や自殺念慮の訴えがあった場合にのみ行っている。自殺の危険因子は自殺念慮以外にも複



数の要因が存在しており、要因が重複すればするほど自殺のリスクが高くなることが先行研究で報告されている<sup>85)</sup>。その先行研究の結果から、自殺ハイリスク群であることを自殺念慮の有無のみで評価することは十分ではないと考えられる。本研究では一人の相談者において自殺の危険因子がどの程度重複しているか評価できておらず、自殺ハイリスク群であることを低く見積もっている可能性があると考えられ、今後さらなる調査が必要であると考えられた。

また、電話相談活動から得られた業務統計のデータを用いており、調査統計を主目的としたデータではないためデータの項目に限りがあり、性別以外の年代、職業、基礎疾患の有無などの基礎情報が得られていないため、その影響が検討できていないこと、電話相談の利用者にはその日のうちに連続して繰り返しの電話をかける場合もあるが、その重複を除外できていないことなどの限界があると考えられた。年代や職業といった基礎属性の影響を明確にするためには、電話相談の際の記録紙の記録項目を調査統計に類したものに改訂した調査を行うことが今後の課題と考えられた。

### III-E 結論

本研究は、現在の日本における自殺ハイリスク群の実態の特徴を一部明らかにした。曜日、時間帯、経過時間という相談行動のタイミングや状況には性差があり、男性は日曜日、土曜日と週末の相談行動が多く、女性では水曜日、木曜日と平日の相談行動が多いという結果が得られた。自殺ハイリスク群の相談行動が多い曜日のタイミングと、自殺既遂者の統計では異なる結果であった。自殺ハイリスク群は、実際の自殺遂行の前段階に位置しており、対象者の背景を考慮し、相談行動のタイミングに対応して社会資源を投入することで、より効果的な自殺防止対策となる可能性が考えられた。通常、自殺ハイリスク群を対象とした集団としての統計情報を得ることは非常に困難であるが、本研究によって、自殺ハイリスク群の相談行動のタイミングという希少な疫学データが明らかとなった。

## 第Ⅳ章

### 考察

## 第IV章 考察

### IV-A 自殺ハイリスク群の対象者とその位置づけ、特徴について

#### (1) 自殺ハイリスク群の対象者について

日本における自殺防止対策を有効なものにするためには、現在の日本における自殺リスクの高い集団の状況を詳細に把握することが必要であると考えた。希死念慮を抱えている人や精神科救急搬送者といった、実際に自殺遂行の前段階に位置し自殺リスクの高い集団を自殺ハイリスク群と定義すると、社会に広く知られた自殺予防の活動である「いのちの電話」の利用者は、自殺の危機にある母集団であり、自殺ハイリスク群の一つの集団として位置付けられると考えられた。

そこで、本研究においては、

①いのちの電話の全国フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者

②茨城いのちの電話における4年間の「通常の電話相談」の利用者

という二つの集団を対象として、自殺ハイリスク群の実態把握のために二つの調査研究を実施した。

その結果、第II章の調査研究からは、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者は、年代別構成比が自殺統計の自殺者とやや構成が異なるものの、それ以外の男女別構成比、職業別構成比、自殺未遂歴の有無に関する構成比、発信元の地域は、自殺統計の自殺者と概ね同様の傾向であった。したがって、日本全体を母集団として代表性が担保されている可能性が高いと考えられた。そして、全体の対象者においては、その自殺志向群の割合が地域の一般住民や労働者よりも極めて高く、自殺ハイリスク群の一つの集団として位置づけることが妥当であることが明らかになった。

第III章の調査研究からは、茨城いのちの電話の「通常の電話相談」の利用者は、男女別構成比や年代が自殺統計の自殺者と異なる集団であることが示された。自殺志向についても、「通常の電話相談」の対象者では、自殺志向のあった相談の割合は1.5%であった。この割合は、第II章のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の対象者における33.1%と比べると低い割合であり、一般地域住民や労働者における自殺念慮の割合が3~4%であるとする先行研究<sup>8, 127)</sup>と比較しても、低い割合であるといえる。このことは、第II章のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」が自殺予防に特化した活動であることと同時に、第III章の「通常の電話相談」は自殺ハイリスク群の中でも比較的軽い自殺念慮を抱えた対象者集団から構成されているからであると推測することができた。いのちの電話の実際の相談の内容は、職場や家族、学校問題など多岐に渡り、かつ深刻な内容であることが多いとされており、また電話相談中に自殺や自殺念慮を直接言及しなかったとしても、その背景には孤独や社会的孤立が存在すると想定されることから、本研究において「自殺志向なし」と評価された相談においても、一般集団よりは自殺ハイリスク群に近い集団であると考えられた。た

だし、本研究では評価できていない背景要因を含め、どの程度ハイリスクであるかについては本研究内では十分に検討できておらず、今後の課題である。

## (2) 自殺既遂-自殺未遂の階層モデルと自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデル（仮説）

警察庁の自殺統計によれば、自殺者全体の男女別構成比は、調査年により多少の変動はあるものの、日本では男性7割、女性3割の比率が続いているとされている<sup>3)</sup>。第Ⅱ章の結果から、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の対象者においては、男性が約6割、女性が約4割であることが明らかになった。第Ⅲ章の結果から、男女別構成比は女性の方がやや多かったものの、男女ともに約5割の比率であった。

さらに、自殺既遂と未遂を比較した先行研究では、自殺既遂者と軽症未遂者とを比較すると、男女比、年齢構成、人種構成、社会生活状況など多くの点で特徴が異なるとされているが<sup>7)</sup>、既遂者と重症未遂者とを比較すると、共通する部分が多くなることが報告されている<sup>93, 139, 140, 141)</sup>。すなわち、先行研究の複数の知見からは、自殺未遂は、重症であればあるほど、自殺既遂に近くなるということが示されている。本研究の結果も、「通常の電話相談」の利用者よりも、フリーダイヤルの「自殺予防いのちの電話」の方が、自殺既遂に近い結果であったということが伺える。つまり、重度の自殺ハイリスク群と軽度の自殺ハイリスク群という階層構造が想定できる。第Ⅱ章と第Ⅲ章の自殺志向の結果からも、フリーダイヤルの「自殺予防いのちの電話」は重度の自殺ハイリスク群の階層に位置し、茨城いのちの電話の「通常の電話相談」は軽度の自殺ハイリスク群の階層に位置していることとしても矛盾がない。

自殺既遂者の統計と本研究の第Ⅱ章と第Ⅲ章の対象者における男女別構成比と自殺志向に関する検討の結果を重ね合わせ、従来の自殺既遂者と重症・軽症未遂者に関する先行研究の知見を踏まえると、既知の自殺既遂-自殺未遂の階層モデル（図IV-1）に対して、自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデルが仮説として考えられ、図IV-2に示した。自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデルは今回の研究結果より得られた仮説であるが、この二つのモデルのそれぞれの階層の対象集団は、お互い重なり合って構成されていることが考えられる。UN/WHOの自殺予防ガイドラインにおいて、有効な自殺防止対策には **medical model**（または **high risk approach**）と **community model**（または **population approach**）の双方が必要であるが<sup>12)</sup>、本研究で提示した自殺既遂-自殺未遂の階層モデルと自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデルはそれぞれ前者が **medical model** に、後者が **community model** に合致するものであると考えられた。

また、精神疾患や自殺予防に関する正確な知識を教育することや<sup>13, 15, 16)</sup>、行政や地域の一般住民に正しい知識を啓発することが自殺防止効果をもたらすことは明らかであり<sup>43, 44)</sup>、自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデルを始めとして、本研究から得られた知見を広く社会に普及し還元していくことが必要であると考えられる。

ただし、自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデルはあくまで仮説であり、今後の自殺ハ

イリスク群を対象としたさらなる実態調査や、自殺既遂者、自殺未遂者と自殺ハイリスク群を比較対象とした調査研究などによる検証が必要である。

### (3) 自殺ハイリスク群の特徴

また、「自殺予防いのちの電話」の利用者の職業毎に、性別からみた自殺志向群の割合、自殺未遂歴からみた自殺志向群の割合、健康状態からみた自殺志向群の割合を検討した結果、定職者と無職・失業者においては、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向には関連が認められ、これらの項目についての統計学的な詳細な検討から、

- ① 女性が男性よりも自殺志向の割合が高いこと
- ② 自殺未遂歴がある場合は、自殺未遂歴がない場合よりも自殺志向の割合が高いこと
- ③ 精神疾患がある場合は、身体疾患がある場合よりも自殺志向の割合が高いこと

という3つの結果が得られ、自殺志向に関連する性別・医学的な要因が明らかになった。従来から、自殺未遂歴や精神疾患の既往は自殺企図のリスクとなることや<sup>128)</sup>、自殺には性差があることが知られているが<sup>92)</sup>、第Ⅱ章の職業毎の結果は、これらの先行研究における精神医学的な知見をさらに支持する結果となった。

第Ⅲ章の調査研究からは、曜日、時間帯、経過時間という自殺ハイリスク群の相談行動のタイミングや状況には性差があり、男性は日曜日、土曜日と週末の相談行動が多く、女性では水曜日、木曜日と平日の相談行動が多いという結果が得られた。

## IV-B 本研究の限界と課題

すでに第Ⅱ章や第Ⅲ章で述べた限界点に加え、本研究の研究全体に関わるものを以下に述べる。

本研究では、日本における自殺ハイリスク群の集団として、第Ⅱ章ではフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者を対象としたが、2009年だけの単年度だけの結果である。また、第Ⅲ章では、茨城いのちの電話の「通常の電話相談」の利用者を対象としたが、あくまで茨城いのちの電話を中心とした自殺ハイリスク群の一つの集団による結果であり、そのまま日本全体を母集団とする自殺ハイリスク群の特徴であると結論づけるには限界がある。それゆえ、標本抽出バイアスや自己選択バイアスが存在している可能性がある。

また、本研究においては、相談者の精神疾患に関しては、第Ⅱ章では精神疾患と身体疾患の有無のみ評価できているが、第Ⅲ章では精神疾患に関する情報は得られていない。欧米や日本の複数の先行研究において、自殺と精神疾患には高い関連性があることが示されており、本研究では電話相談利用者に精神疾患がある場合にも、その病名や通院状態、治療状況などとの結果の関連が評価できていないという限界がある。

最後に、本研究では、電話相談活動から得られた業務統計のデータを用いており、調査統計を主目的としたデータではないためデータの項目に限りがあり、評価項目以外の基礎情報が得られていないため、その影響が検討できていない限界があると考えられた。それ

らの限界点を改善するには、半構造化面接の視点・手法を応用したより網羅的な背景票の開発や、既存の自殺統計との比較が可能な分類を採用するなどといったことが改善方法と考えられ、今後の課題と考えられた。

## 第V章

### 結語

## 第V章 結語

本研究では、自殺遂行の前段階に位置し自殺リスクの高い集団を自殺ハイリスク群と定義し、日本における自殺ハイリスク群に着目して、社会に広く知られた自殺予防の活動である「いのちの電話」の利用者を自殺ハイリスク群の一つの集団として位置付けて調査を行った。

フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の利用者は、年代別構成比が自殺統計の自殺者とやや構成が異なるものの、それ以外の男女別構成比、職業別構成比、自殺未遂歴の有無に関する構成比、発信元の地域は、自殺統計の自殺者と概ね同様の傾向であった。したがって、日本全体を母集団として代表性が担保されている可能性が高いと考えられた。そして、全体の対象者においては、その自殺志向群の割合が地域の一般住民や労働者よりも極めて高く、自殺ハイリスク群の一つの集団として位置づけることが妥当であることが明らかになった。また、茨城いのちの電話の「通常の電話相談」の利用者は、男女別構成比や年代が自殺統計の自殺者と異なる集団であることが示された。

自殺既遂者の統計と本研究の対象者における男女別構成比と自殺志向に関する検討の結果を重ね合わせ、従来の自殺既遂者と重症・軽症未遂者に関する先行研究の知見を踏まえると、既知の「自殺既遂-自殺未遂の階層モデル」と対比できる「自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデル」が仮説として導かれた。

本研究の対象者における詳細な検討から、定職者と無職・失業者においては、性別と自殺志向、未遂歴と自殺志向、健康状態と自殺志向には関連が認められ、①女性が男性よりも自殺志向の割合が高いこと、②自殺未遂歴がある場合は、自殺未遂歴がない場合よりも自殺志向の割合が高いこと、③精神疾患がある場合は、身体疾患がある場合よりも自殺志向の割合が高いこと、という3つの、自殺志向に関連する性別・医学的な要因が明らかになった。

曜日、時間帯、経過時間という自殺ハイリスク群の相談行動のタイミングや状況には性差があり、男性は日曜日、土曜日と週末の相談行動が多く、女性では水曜日、木曜日と平日の相談行動が多いという結果が明らかとなった。

日本においては、救急救命センターに搬送された自殺企図者や自殺未遂者に対象を限定した調査や研究が行われつつあるが、自殺ハイリスク群の実態を明らかにするには限界があると考えられる。また、世界的に見ても、自殺ハイリスク群を対象とした実態調査はいまだ十分な調査研究が行われておらず、日本においては、自殺企図者や自殺未遂者に限定せず、自殺ハイリスク群そのものを対象とした疫学研究は行われていない。

また、精神疾患や自殺予防に関する正確な知識を行政や地域の一般住民に普及・啓発することが自殺防止効果をもたらすとされている。自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデルを始めとして、本研究から得られた知見を広く社会に普及し還元していくことが必要であ



ると考えられた。さらに、自殺ハイリスク群の相談行動が多い曜日のタイミングと、自殺既遂者の統計では異なる結果であり、自殺ハイリスク群は、実際の自殺遂行の前段階に位置しており、対象者の背景を考慮し、相談行動のタイミングに対応して社会資源を投入することで、より効果的な自殺防止対策となる可能性が考えられた。通常、自殺ハイリスク群を対象とした集団としての統計情報を得ることは非常に困難であるが、本研究によって、自殺ハイリスク群の相談行動のタイミングという希少な疫学データが明らかとなった。

これらの知見は日本で初めて本研究が明らかにしたものである。

## 第VI章

### 謝辭

## 第VI章 謝辞

本研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご指導、ご鞭撻下さった筑波大学人間総合科学研究科の松崎一葉教授、笹原信一郎准教授、友常祐介助教、宇佐見和哉助教、大井雄一助教に感謝いたします。また、日常の議論を通じて多くの知識や示唆をいただいた研究室の鈴木瞬、道喜将太郎、平井康仁、小林直紀、関昭宏、商真哲、羽岡健史、梅田忠敬、吉野聡の諸氏に感謝いたします。

また、本研究への共同研究に快くご協力いただき、自殺予防のためにと熱心に多くの知識や示唆をいただいた、日本いのちの電話連盟の岡本正子事務局長、茨城いのちの電話の清宮玲子事務局長に深く感謝いたします。本研究は、日本いのちの電話連盟、及び全国の各いのちの電話、茨城いのちの電話の承認と協力を得て実施しました。全国の各いのちの電話で日夜自殺予防に尽力されている、ボランティア相談員の皆様の地道で真摯な活動努力に、心より敬意と感謝の意を表します。

本研究の資料収集・整理にご協力いただいた、研究室の竹川京子氏、西谷恵氏に心より感謝の意を捧げます。

また本研究は平成 22 年度、平成 23 年度茨城県自殺防止対策モデル事業の助成を受けて行いました。

## 第Ⅶ章

### 引用文献

## 第Ⅶ章 引用文献

- 1) 内閣府自殺対策推進室. 平成 24 年中における自殺の概況. 2013. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h24.html>)
- 2) 河西千秋. 自殺予防学. 東京: 新潮社, 2009.
- 3) 内閣府. 平成 24 年版自殺対策白書. 東京: 新高速印刷, 2012.
- 4) 高橋祥友. 自殺予防. 東京: 岩波書店, 2006.
- 5) WHO. Suicide prevention (SUPRE). 2011. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/index.html))
- 6) 自殺予防総合対策センター. 行政担当者のための自殺予防対策マニュアル. 2004. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/manual/gyosei.html>)
- 7) 高橋祥友. 自殺, そして遺された人々. 東京: 新興医学出版社, 2003.
- 8) 清水新二, 川野健治, 石原明子, 志村ゆず, 高崎文子, 宮崎朋子, 小泉典章. 平成 15 年度厚生労働研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺と防止対策の実態に関する研究」分担研究報告書 2-6. 自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究 自殺問題に関する地域住民調査. 2003. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/imada15/15-2-6.pdf>)
- 9) WHO. The global burden of disease. 2004. (Accessed November 10, 2013, at [http://www.who.int/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf))
- 10) 厚生労働省. 自殺・うつ対策の経済的便益. 2010. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000qvsy-att/2r9852000000qvuo.pdf>)
- 11) Mann J.J, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of American Medical Association* 2005; 294(16): 2064-2074.
- 12) United Nations. Prevention of Suicide; Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies. United Nations. New York: 1996.
- 13) 高橋祥友. 世界の自殺対策からみた日本の自殺対策. *精神神経学雑誌* 2012; 114(5): 548-551.
- 14) WHO. Country reports and charts available. 2012. Suicide rates (per 100,000), by gender, Finland, 1950-2009. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.who.int/entity/mental\\_health/media/finl.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/finl.pdf))
- 15) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1995; 49(Suppl 1): 111-116.
- 16) 高橋祥友. 平成 17 年度厚生労働研究費補助金 (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」分担研究報告書 諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究. 2005. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/ueda17/ueda17-12.pdf>)
- 17) Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85(1): 83-88.
  - 18) Bruce M.L. et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291(9): 1081-1091.
  - 19) Szanto K. et al. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64(8): 914-920.
  - 20) 自殺予防総合対策センター. ブックレット NO.9 エビデンスに基づく自殺予防プログラムの策定に向けて. 2011. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/book/book9.pdf>)
  - 21) Hawton K. et al. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *British Medical Journal* 2001; 322(7296): 1203-1207.
  - 22) Gunnell D. et al. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology* 2007; 36(6): 1235-1242.
  - 23) Hawton K. et al. Prevention of self-poisoning with pesticides: evaluation of acceptability and use of lockable storage devices in Sri Lanka. Centre for Suicide Research, University of Oxford Department of Psychiatry, UK & Sri Lanka Sumithrayo Rural Programme, Sri Lanka, 2008.
  - 24) Ludwig J, Cook P. J. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *JAMA* 2000; 284(5): 585-591.
  - 25) Law C.K. et al. Evaluating the effectiveness of barrier installation for preventing railway suicides in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders* 2009; 114(1-3): 254-262.
  - 26) Yip P.S. et al. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *British Journal of Psychiatry* 2010; 196(3): 241-242.
  - 27) 厚生省. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)の推進について. 2000.
  - 28) 厚生労働省. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について報告書. 2000. (Accessed July 10, 2013, at [http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/pdf/all.pdf](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/pdf/all.pdf))
  - 29) 自殺防止対策有識者懇談会. 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」2002.12. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>)

- 30) 参議院厚生労働委員会. 「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」2005. (Accessed July 10, 2013, at [http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2007/pdf/pdf\\_honpen/h198.pdf](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2007/pdf/pdf_honpen/h198.pdf))
- 31) 精神・神経科学振興財団. J-MISP 戦略研究の概要. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.jfnm.or.jp/J-MISP/gaiyo.html>)
- 32) Yutaka Ono. et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. BMC Public Health 2008; 8: 315.
- 33) Yoshio Hirayasu. et al. A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan, ACTION-J. BMC Public Health 2009; 9: 364.
- 34) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 自殺対策基本法 (平成十八年法律第八十五号). 2006. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/pdf/basic.pdf>)
- 35) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 自殺総合対策大綱. 2007. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/pdf/t.pdf>)
- 36) 河西千秋. 自殺対策と精神保健. 精神神経学雑誌 2012; 114(5): 546-547.
- 37) ライフリンク. 自殺対策基本法成立までの経緯. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.lifelink.or.jp/hp/syomei\\_keii.html](http://www.lifelink.or.jp/hp/syomei_keii.html))
- 38) 内閣府. 平成 21 年版 自殺対策白書, 2009. (Accessed July 10, 2013, at [http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2009/html/honpen/part2/s2\\_2\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2009/html/honpen/part2/s2_2_1.html))
- 39) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 自殺対策加速化プラン. 2008. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>)
- 40) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 自殺総合対策大綱 (平成 20 年 10 月 31 日一部改正). 2008. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20081031taikou.pdf>)
- 41) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 睡眠キャンペーン. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/suimin/index.html>)
- 42) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 「睡眠キャンペーン」について聞く. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/suimin/interview/01.html>)
- 43) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: いのちを守る自殺対策緊急プラン. 2010. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/plan/pdf/hontai.pdf>)
- 44) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 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~ (平成 24 年 8 月 28 日閣議決定). 2012. (Accessed

- July 10, 2013, at  
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20120828/honbun.pdf>)
- 45) Kawamura T. et al. Survival rate and causes of mortality in the elderly with depression: a 15-year prospective study of a Japanese community sample, the Matsunoyama-Niigata suicide prevention project. *Journal of Investigative Medicine* 2007, 55(3): 106-114.
  - 46) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅. 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.
  - 47) Oyama H. et al. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal* 2004; 40(3): 249-263.
  - 48) 渡邊直樹, 瀧澤透. 平成 16 年度厚生労働研究費補助金 (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」分担研究報告書 青森県立精神保健福祉センターにおける自殺予防の取り組み. 2004. (Accessed November 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/ueda16/ueda16-14.pdf>)
  - 49) 酒井明夫. 平成 16 年度厚生労働研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」総括研究報告書. 2004. (Accessed November 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/sakai16/sakai16-1.pdf>)
  - 50) 厚生労働省. 介護予防マニュアル (改訂版:平成 24 年 3 月) について 第 8 章 うつ予防・支援マニュアル 資料 8-3 先駆的取組事例. 2009. (Accessed November 10, 2013, at <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-siryous8-3.pdf>)
  - 51) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 自殺の統計. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/>)
  - 52) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 自殺の統計, 人口動態統計に基づく自殺者数. 2012 年. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/tsukibetsu/h2412.pdf>)
  - 53) 畑中 綾子, 武市 尚子, 城山 英明. 医療事故調査のための第三者機関創設への課題—診療行為に関連した死亡の調査分析に関するモデル事業を素材にして. *社会技術研究論文集* 2006; 4: 34-42. (Accessed July 10, 2013, at [https://www.jstage.jst.go.jp/article/sociotechnica/4/0/4\\_0\\_34/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/sociotechnica/4/0/4_0_34/_pdf))
  - 54) 中園一郎. 我が国における死因究明制度の現状と課題—日本型の死因究明制度の構築を目指して—. *Journal of the Research Bureau of the House of Representatives* 2009; 6: 19-28. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_rchome.nsf/html/rchome/Shiryos/2009ron6.pdf/\\$File/2009ron6.pdf](http://www.shugiin.go.jp/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Shiryos/2009ron6.pdf/$File/2009ron6.pdf))



- 55) 内閣府自殺対策推進室, 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成 24 年中における自殺の状況. 2013. (Accessed July 10, 2013, at <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/h24joukyou/1.pdf>)
- 56) 竹島正, 三宅由子, 小山智典, 山崎健太郎. 平成 16 年度厚生労働研究費補助金 (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」分担研究報告書 自殺の原因・動機の実態に関する研究. 2004. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/ueda16/ueda16-2.pdf>)
- 57) 橋本康男. 平成 16 年度厚生労働研究費補助金 (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」研究協力報告書 自殺増加の社会的要因についての検討. 2004. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/ueda16/ueda16-3.pdf>)
- 58) 時事通信社. 【図解・社会】自殺者数の推移. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.jiji.com/jc/graphics?p=ve\\_soc\\_tyosa-jikenjisatsu](http://www.jiji.com/jc/graphics?p=ve_soc_tyosa-jikenjisatsu))
- 59) YAHOO! JAPAN ニュース. 20 歳代の自殺者が増加、動機は就職問題. 2013. (Accessed July 10, 2013, at <http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20130618-00000008-resemom-life>)
- 60) ReseMom. 15～39 歳の死因の第 1 位は自殺…学校問題や就職失敗が原因. 2012. (Accessed July 10, 2013, at <http://resemom.jp/article/2012/06/12/8126.html>)
- 61) YAHOO! JAPAN ニュース. 大丈夫か、「過労自殺」に対する企業認識. 2013. (Accessed July 10, 2013, at [http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20130617-00000136-economic-bus\\_all](http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20130617-00000136-economic-bus_all))
- 62) 天野馨南子. ニッセイ基礎研 REPORT 2005 年 08 月号 REPORT II 世界最高水準の自殺率の構造を探る. 2005. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.nli-research.co.jp/report/report/2005/08/li0508a.pdf>)
- 63) 総務省統計局. 世界の統計 2008. 2008. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/2008al.pdf>)
- 64) 張賢徳. 人はなぜ自殺するのか 心理学的剖検調査から見えてくるもの. 東京: 勉誠出版, 2006.
- 65) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health Nations Health* 1959; 49(7): 888-899.
- 66) Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH Jr, Murphy GE. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959; 115(8): 724-733.
- 67) Shneidman ES. シュナイドマンの自殺学 自己破壊行動に対する臨床的アプローチ. 東京: 金剛出版, 2005.

- 68) Shneidman ES. Suicide, lethality, and the psychological autopsy. *International psychiatry clinics* 1969; 6(2): 225-250.
- 69) 張賢徳. 自殺研究における多数例研究の意義 (特集・精神病理学の方法論--記述か計量か). *精神医学* 1996; 38(5), 477-484.
- 70) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 2003; 33(3): 395-405.
- 71) 張賢徳. 精神医療と自殺対策. *精神神経学雑誌* 2012; 114(5): 553-558.
- 72) 打木悟. 未成年者の自殺に対する心理学的剖検. 筑波大学医学博士学位論文・平成2年3月23日授与 (甲第779号). 1990. (Accessed November 10, 2013, at <https://www.tulips.tsukuba.ac.jp/dspace/bitstream/2241/1167/1/A0779.pdf>)
- 73) 飛鳥井望. 自殺の危険因子として精神障害 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. *精神神経学雑誌* 1994; 96(6): 415-443.
- 74) 張賢徳. 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. *日本医事新報* 1996; (3789) :37-40.
- 75) 赤坂博, 智田文徳, 高橋千鶴子, et al. 有効な自死遺族ケアの方法論について～自死遺族への支援体制の構築を目的とした心理学的剖検に関するモデル事業 H18 年度結果報告～. *岩手医学雑誌* 2008; 59(6): 451
- 76) 智田文徳, 高橋千鶴子, 赤坂博, et al. 「いわて自死遺族支援モデル事業」実施報告(最終報). *日本精神神経学会学術総会特別号 抄録集* 2009; 105th: S.416.
- 77) 長谷川花. 自殺者における心理学的剖検と遺族のケアについて (研究課題番号: 18790845) . *科学研究費助成事業データベース* 2007. (Accessed July 10, 2013, at <http://kaken.nii.ac.jp/d/p/18790845.ja.html>)
- 78) 赤澤正人. わが国の自殺対策. *人間福祉学研究* 2010; 3(1): 31-42.
- 79) 自殺予防総合対策センター. 自殺予防と遺族支援のための基礎調査 研究全体の流れ. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/kisochoosa/seika.html>)
- 80) 自殺予防総合対策センター. 自殺予防と遺族支援のための基礎調査 調査の概要. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/kisochoosa/gaiyo.html>)
- 81) 加我牧子. 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) 「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」総括研究報告書. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/090323/19-1.pdf>)
- 82) 加我牧子. 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」総括・分担研究報告書. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/120924/1.pdf>)
- 83) 加我牧子, 竹島正, 松本俊彦, 高橋祥友, 平山正実, 川上憲人. 平成 21 年度厚生労働

- 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」総括・分担研究報告書. 2010. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/kisochousa/pdf/1003193.pdf>)
- 84) 竹島正, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 川上憲人, 高橋祥友, 平山正実, 渡邊直樹. 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）「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」分担研究報告書「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の倫理審査承認プロセス. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/kisochousa/pdf/1901.pdf>)
- 85) ライフリンク, 自殺実態解析プロジェクトチーム. 自殺実態白書 2008 第二版. 2008. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.lifelink.or.jp/hp/Library/whitepaper2\\_p.pdf](http://www.lifelink.or.jp/hp/Library/whitepaper2_p.pdf))
- 86) 河西千秋. 自殺対策における一般救急医療従事者と精神科救急医療従事者との連携. 精神神経学雑誌 2012; 114(5): 572-576.
- 87) Crandall C, Fullerton-Gleason L, Aguerro R, LaValley J. Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior. *Acad Emerg Med* 2006; 13(4): 435-42.
- 88) Ostamo A, Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(1): 29-35.
- 89) Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
- 90) Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2000; 90(12): 1885-91.
- 91) 黒沢尚, 岩崎康孝. 救命救急センターに収容された自殺企図者の実態 12 施設のまとめ. *救急医学* 1991; 15(6): 651-653.
- 92) 保坂隆. 平成 16-18 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）自殺企図の実態と予防介入に関する研究. (Accessed July 10, 2013, at [http://hosaka-liaison.jp/download/utsu\\_03.pdf](http://hosaka-liaison.jp/download/utsu_03.pdf))
- 93) 河西千秋. 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. *学術の動向* 2008; 13(3): 39-43.
- 94) Hirayasu Y. et al. A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan, ACTION-J. *BMC Public Health* 2009; 9: 364.
- 95) Ono Y. et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health* 2008; 8: 315.

- 96) NPO 法人国際ビフレンダーズ 大阪自殺防止センター. センターの歩み・活動. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.spc-osaka.org/report/01\\_katudou.html](http://www.spc-osaka.org/report/01_katudou.html))
- 97) NPO 法人国際ビフレンダーズ 東京自殺防止センター. 沿革. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.befrienders-jpn.org/about/history.html>)
- 98) 日本いのちの電話連盟. 自殺予防いのちの電話 理論と実際 (第2版). 東京: ほんの森出版, 2009.
- 99) Samaritans. The history of Samaritans. 2013. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.samaritans.org/about-us/history-samaritans>)
- 100) 稲村博. 自殺学 その治療と予防のために. 東京: 東京大学出版会, 1977.
- 101) Bagley C. The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Soc Sci Med* 1968; 2(1): 1-14.
- 102) Bagley C. Suicide prevention by the Samaritans. *Lancet* 1977; 2(8033): 348-349.
- 103) Birtchnell J. Suicide prevention and the Samaritans. *Lancet* 1977; 2(8035): 460.
- 104) Barraclough BM, Jennings C. Suicide prevention by the Samaritans. A controlled study of effectiveness. *Lancet* 1977; 2(8031): 237-9.
- 105) Lifeline Australia. Want to know more about Lifeline? (Accessed July 10, 2013, at <http://www.lifeline.org.au/About-Lifeline/Want-to-know-more-about-Lifeline-/Life-line-Information>)
- 106) TELECARE DISTRESS CENTRES OF CANADA INC. The History of Telecare. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.telecarecanada.org/history.html>)
- 107) Telefonseelsorge. Organisation. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.telefonseelsorge.de/?q=node/7>)
- 108) 日本いのちの電話連盟. 沿革. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.find-j.jp/about\\_history.html](http://www.find-j.jp/about_history.html))
- 109) 日本いのちの電話連盟. センター設立年表. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.find-j.jp/about\\_foundation.html](http://www.find-j.jp/about_foundation.html))
- 110) 内閣府共生社会政策統括官. 自殺対策: 「こころの健康相談統一ダイヤル」について. (Accessed July 10, 2013, at [http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/link/kokoro/kokoro\\_dial.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/link/kokoro/kokoro_dial.html))
- 111) 一般社団法人 日本産業カウンセラー協会. 働く人の悩みホットライン. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.counselor.or.jp/consultation/hotline.html>)
- 112) 日本いのちの電話連盟. 「自殺予防いのちの電話」2010年度フリーダイヤル実施報告書, 2011.
- 113) 日本いのちの電話連盟. 全国のいのちの電話. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.find-j.jp/zenkoku.html>)

- 114) NTT コミュニケーションズ. フリーダイヤルをさらに便利にするインテリジェントサービス. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.ntt.com/freedial/data/difference.html>)
- 115) 福島いのちの電話. 視点シリーズ18 電話相談-その歴史と独自性-. (Accessed July 10, 2013, at [http://www9.plala.or.jp/inochinodenwa/05\\_siten18.html](http://www9.plala.or.jp/inochinodenwa/05_siten18.html))
- 116) 長尾文雄. 被災者のこころによりそって：大阪YWCA こころのケア活動報告書 3. 訓練を受けたボランティア. 大阪YWCA, 1999. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.lib.kobe-u.ac.jp/directory/eqb/book/7-120-3/eqb063.html>)
- 117) 奈良いのちの電話. 奈良いのちの電話協会 組織の沿革. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.nara-inochi.jp/m3\\_1.html](http://www.nara-inochi.jp/m3_1.html))
- 118) 日本いのちの電話連盟. 『東日本大震災「いのちの電話」フリーダイヤル事業』. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.find-j.jp/info/info110328.html>)
- 119) 日本いのちの電話連盟. 『第2次「震災ダイヤル」開始について』. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.find-j.jp/info/info110328.html>)
- 120) 日本いのちの電話連盟. いのちの電話「震災ダイヤル」. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.find-j.jp/pdf/shinsai\\_poster02.pdf](http://www.find-j.jp/pdf/shinsai_poster02.pdf))
- 121) 石井敏弘. 特集：地域における自殺の実態と予防対策 自殺に関する研究の現状：国内. 保健医療科学 2003; 52(4): 261-271. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.niph.go.jp/journal/data/52-4/200352040003.pdf>)
- 122) 高橋祥友. 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）「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」分担研究報告書 心理学的剖検の成立過程とわが国における調査事例が増加しない点に関する考察. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/090323/19-2-2.pdf>)
- 123) 日本いのちの電話連盟. 「自殺予防いのちの電話」2009年度フリーダイヤル実施報告書, 2010.
- 124) 日本いのちの電話連盟. 統計データ 2009年全国いのちの電話受信状況. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.find-j.jp/pdf/2009all.pdf>)
- 125) 佐名手三恵, 竹島正, 三宅由子. 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）自殺予防対策の実態と応用に関する研究 研究協力報告書 統計資料からみた自殺予防における「いのちの電話」の活動の実態について～「いのちの電話」受信統計の自殺志向受信件数と人口動態統計の自殺者数との性年齢別比較から～. (Accessed July 10, 2013, at <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/report/imada14/14-2-6-2.pdf>)
- 126) 張賢徳. 専門医のための精神科臨床リュミエール 29 自殺予防の基本戦略. 東京：中山書店, 2011.

- 127) 筑波研究学園都市交流評議会 労働衛生専門委員会. 第6回生活環境・職場ストレス調査結果(速報), 2012. (Accessed July 10, 2013, at [http://www.tsukuba-network.jp/top\\_banner/PDF/H24\\_seikatukankyo\\_stress.pdf](http://www.tsukuba-network.jp/top_banner/PDF/H24_seikatukankyo_stress.pdf))
- 128) Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373(9672): 1372-1381.
- 129) 山下志保, 金子能宏. 自殺予防における電話相談活動状況について-「いのちの電話」相談員に対する調査から-. 自殺予防と危機介入 2006; 27(1): 44-49.
- 130) 茨城いのちの電話. 2010年度事業報告. 茨城: 社会福祉法人茨城いのちの電話, 2011.
- 131) 茨城いのちの電話. 2011年度事業計画. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.iid.or.jp/report/2011plan.html>)
- 132) 茨城いのちの電話. 2011年度事業報告. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.iid.or.jp/pdf/2011report.pdf>)
- 133) 藤瀬昇, 福永竜太, 阿部恭久, 小山明日香, 中川洋一, 池田学. うつと自殺の地域比較 東北と南九州との比較 熊本県における高齢者うつ状態の実態調査. *日本社会精神医学雑誌* 2013; 22(3): 301-309.
- 134) 日本人のストレス調査実態委員会. データブック NHK 現代日本人のストレス. 東京: NHK 出版, 2003.
- 135) Gallerani M, Avato FM, Dalmonte D, Caracciolo S, Fersini C, Manfredini R. The time for suicide. *Psychol Med* 1996; 26(4): 867-870.
- 136) Altamura C, VanGastel A, Pioli R, Mannu P, Michael Maes. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *J Affect Disord* 1999; 53(1): 77-85.
- 137) 厚生労働省. 平成17年人口動態統計特殊報告 自殺死亡統計の概況, 2005. (Accessed July 10, 2013, at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/suicide04/4.html>)
- 138) 内閣府. 平成23年版 自殺対策白書, 2011. (Accessed July 10, 2013, at [http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2011/html/gaiyou/s1\\_11.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2011/html/gaiyou/s1_11.html))
- 139) Lester D, Beck AT, Trexler L. Extrapolation from attempted suicides to completed suicides. *J Abnorm Psychol* 1975; 84(5): 563-566.
- 140) Lester D, Beck AT, Mitchell B. Extrapolation from attempted suicides to completed suicides: a test. *J Abnorm Psychol* 1979; 88(1): 78-80.
- 141) Michel K. Suicide risk factors: a comparison of suicide attempters with suicide completers. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 78-82.

## 第Ⅷ章

### 図表

表 I -1. 1998年以降の自殺予防対策に関する日本の取り組み.

1998年	自殺激増⇒これ以降、自殺者は毎年3万人を超えたまま高止まり
2000年	健康日本21で自殺問題に言及
2001年	自殺対策に関して初の予算化
2002年	自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」がなされ、勤労者のメンタルヘルスのための指針策定などの関連対策を実施
2005年	参議院厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」 自殺対策のための戦略研究 (J-MISP、NOCOMIT-J、ACTION-J) の開始
2006年	自殺対策基本法設立 自殺予防総合対策センター設置
2007年	自殺総合対策大綱、モデル事業（20の地域） 自殺予防週間（9月10日～9月16日）の開始
2008年	自殺未遂者ケアと自死遺族ケアのガイドライン作成のための指針 診療報酬上の項目化 かかりつけ医のうつ病対応技能向上研修の事業化
2009年	自死遺族支援のための手引き、自殺企図者診療の手引き作成支援
2010年	いのちを守る自殺対策緊急プランの策定 自殺対策強化月間（3月）の開始
2012年	自殺総合対策大綱の全体的な見直し

参考文献2) 河西千秋. 自殺予防学. 東京: 新潮社, 2009. 209P 表30より引用.  
筆者により一部改変.



表 I -2. 既知の自殺の危険因子

---

[態度・表出]

自殺念慮・希死念慮  
絶望感、無力感

[既往歴・家族歴]

自殺未遂/故意の自傷  
家族・親族の自殺

[症状・疾病]

精神疾患  
がん  
慢性/進行性の身体疾患  
身体機能の喪失

[生活環境・出来事]

親しい人との離別・死別  
失業・経済破綻  
孤立  
自殺手段の利便性・アクセス性  
自殺報道・情報への曝露  
地域保健・福祉のありかた

---

参考文献86) 表1より引用.

表 II-1. 性別毎の相談件数

性別	件数	割合(%)
男性	17,167	58.4
女性	10,962	37.3
不明	1,259	4.3
合計	29,388	100.0

表 II-2. 年代別相談件数

年代	件数	割合(%)
10代	1,287	4.4
20代	3,766	12.8
30代	6,875	23.4
40代	6,748	23.0
50代	4,185	14.2
60代	1,544	5.3
70代	410	1.4
不明	4,573	15.6
合計	29,388	100.0

表 II-3. 職業

職業	件数	割合(%)
定職	5,367	18.3
無職・失業	12,895	43.9
主婦	2,592	8.8
不明	8,534	29.0
合計	29,388	100.0

表 II-4. 自殺志向

自殺志向	内容	件数	割合(%)
自殺志向群			
	念慮	8,771	29.8
	危険	697	2.4
	予告	198	0.7
	実行中	62	0.2
非自殺志向群			
	不明	19,660	66.9
合計		29,388	100.0

表 II-5. 自殺未遂歴の有無

未遂歴	件数	割合(%)
あり	3,864	13.1
なし	7,098	24.2
不明	18,426	62.7
合計	29,388	100.0

表 II-6. 健康状態

疾患	件数	割合(%)
身体疾患 あり	2,656	9.0
精神疾患 あり	14,701	50.0
不明	12,031	40.9
合計	29,388	100.0

表 II-7. 発信元の地域

都道府県	件数	割合(%)	都道府県	件数	割合(%)
北海道	1,133	3.9	大阪	1,733	5.9
青森	242	0.8	兵庫	1,499	5.1
岩手	283	1.0	京都	387	1.3
宮城	351	1.2	滋賀	256	0.9
秋田	253	0.9	奈良	287	1.0
山形	364	1.2	和歌山	220	0.7
福島	191	0.6	鳥取	180	0.6
東京	3,319	11.3	島根	473	1.6
神奈川	1,993	6.8	岡山	692	2.4
埼玉	1,453	4.9	広島	307	1.0
千葉	1,111	3.8	山口	95	0.3
茨城	1,064	3.6	徳島	132	0.4
栃木	922	3.1	香川	260	0.9
群馬	842	2.9	愛媛	377	1.3
山梨	102	0.3	高知	773	2.6
新潟	605	2.1	福岡	750	2.6
長野	532	1.8	佐賀	48	0.2
富山	362	1.2	長崎	254	0.9
石川	194	0.7	熊本	441	1.5
福井	29	0.1	大分	360	1.2
愛知	1,311	4.5	宮崎	176	0.6
岐阜	291	1.0	鹿児島	266	0.9
静岡	462	1.6	沖縄	151	0.5
三重	539	1.8	不明	1,323	4.5
			合計	29,388	100.0



表 II-8. 性別毎の相談件数

性別	件数	割合(%)
男性	11,052	57.6
女性	8,146	42.4
合計	19,198	100.0

解析対象：男女・年代・職業に  
欠損項目のないもの

表 II-9. 年代別相談件数

年代	件数	割合(%)
10代	385	2.0
20代	2,811	14.6
30代	5,553	28.9
40代	5,554	28.9
50代	3,334	17.4
60代	1,205	6.3
70代	356	1.9
合計	19,198	100.0

解析対象：男女・年代・職業に  
欠損項目のないもの

表 II-10. 職業

職業	件数	割合(%)
定職	4,959	25.8
無職・失業	11,838	61.7
主婦	2,401	12.5
合計	19,198	100.0

解析対象：男女・年代・職業に  
欠損項目のないもの

表 II-11. 年代と性別毎の相談件数

年代	男性	%	女性	%	全体	%
10代	186	1.7%	199	2.4%	385	2.0%
調整済み残差	-3.7		3.7			
20代	1,546	14.0%	1,265	15.5%	2,811	14.6%
調整済み残差	-3.0		3.0			
30代	3,383	30.6%	2,170	26.6%	5,553	28.9%
調整済み残差	6.0		-6.0			
40代	3,350	30.3%	2,204	27.1%	5,554	28.9%
調整済み残差	4.9		-4.9			
50代	1,724	15.6%	1,610	19.8%	3,334	17.4%
調整済み残差	-7.5		7.5			
60代	651	5.9%	554	6.8%	1,205	6.3%
調整済み残差	-2.6		2.6			
70代	212	1.9%	144	1.8%	356	1.9%
調整済み残差	0.8		-0.8			
合計	11,052	100.0%	8,146	100.0%	19,198	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=117.5$ ,  $df=6$ ,  $p<0.001$ )

解析対象：男女・年代・職業に欠損項目のないもの

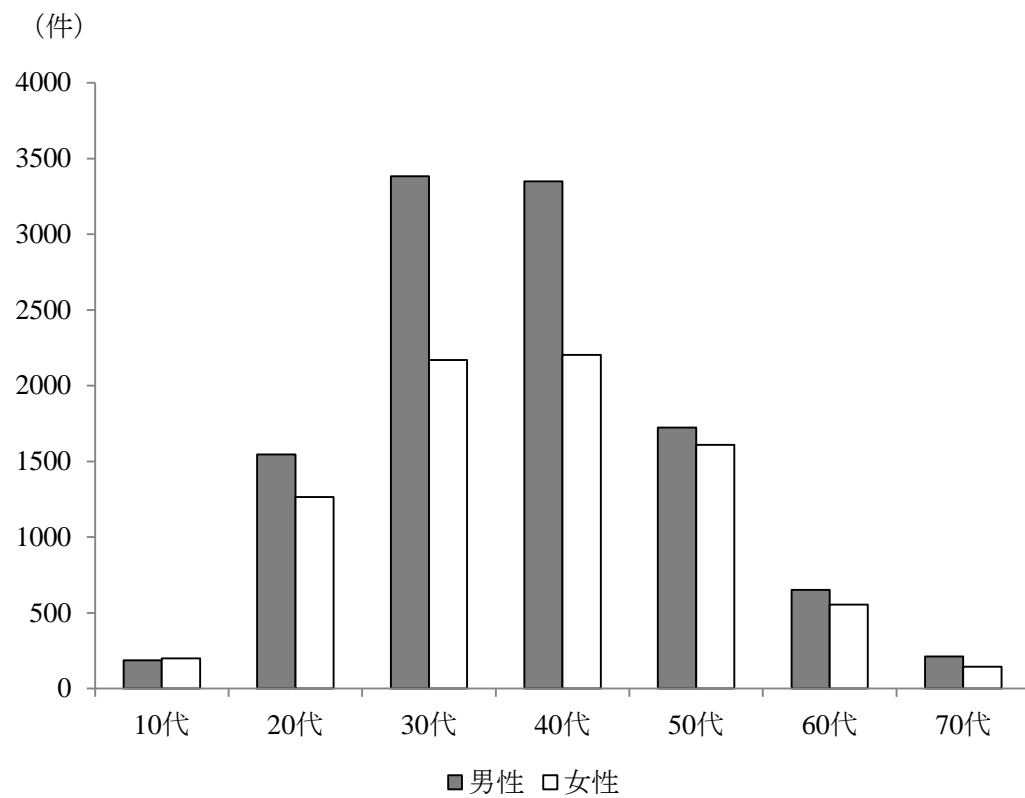


図 II-1. 年代と性別 (解析対象：男女・年代・職業に欠損項目のないもの)

表 II-12. 職業と性別毎の相談件数

職業	男性	%	女性	%	全体	%
定職	3,461	31.3%	1,498	18.4%	4,959	25.8%
調整済み残差	20.2		-20.2			
無職・失業	7,563	68.4%	4,275	52.5%	11,838	61.7%
調整済み残差	22.5		-22.5			
主婦	28	0.3%	2,373	29.1%	2,401	12.5%
調整済み残差	-59.8		59.8			
合計	11,052	100.0%	8,146	100.0%	19,198	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=3623.7$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ )

解析対象：男女・年代・職業に欠損項目のないもの

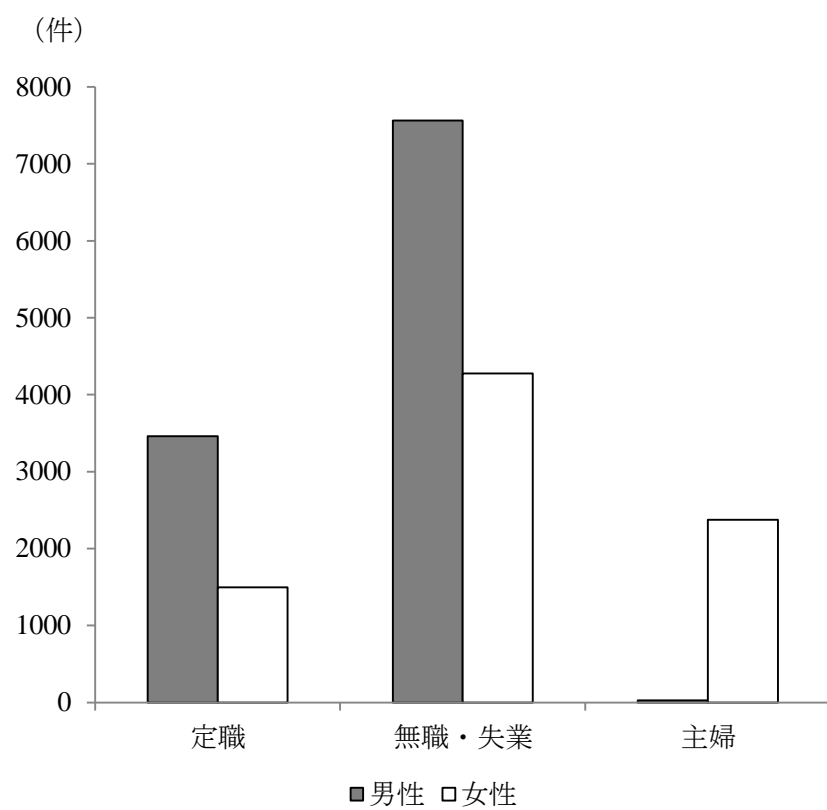


図 II-2. 職業と性別（解析対象：男女・年代・職業に欠損項目のないもの）

表 II-13. 年代と職業毎の相談件数

年代	定職	%	無職・失業	%	主婦	%	全体	%
10代	43	0.9%	337	2.8%	5	0.2%	385	2.0%
調整済み残差	-6.6		10.5		-6.7			
20代	1,034	20.9%	1,681	14.2%	96	4.0%	2,811	14.6%
調整済み残差	14.4		-2.2		-15.8			
30代	1,797	36.2%	3,282	27.7%	474	19.7%	5,553	28.9%
調整済み残差	13.2		-4.7		-10.6			
40代	1,329	26.8%	3,504	29.6%	721	30.0%	5,554	28.9%
調整済み残差	-3.8		2.6		1.3			
50代	571	11.5%	2,041	17.2%	722	30.1%	3,334	17.4%
調整済み残差	-12.6		-0.6		17.6			
60代	116	2.3%	790	6.7%	299	12.5%	1,205	6.3%
調整済み残差	-13.3		2.9		13.3			
70代	69	1.4%	203	1.7%	84	3.5%	356	1.9%
調整済み残差	-2.8		-1.8		6.4			
合計	4,959	100.0%	11,838	100.0%	2,401	100.0%	19,198	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=1243.0$ ,  $df=12$ ,  $p<0.001$ )

解析対象：男女・年代・職業に欠損項目のないもの



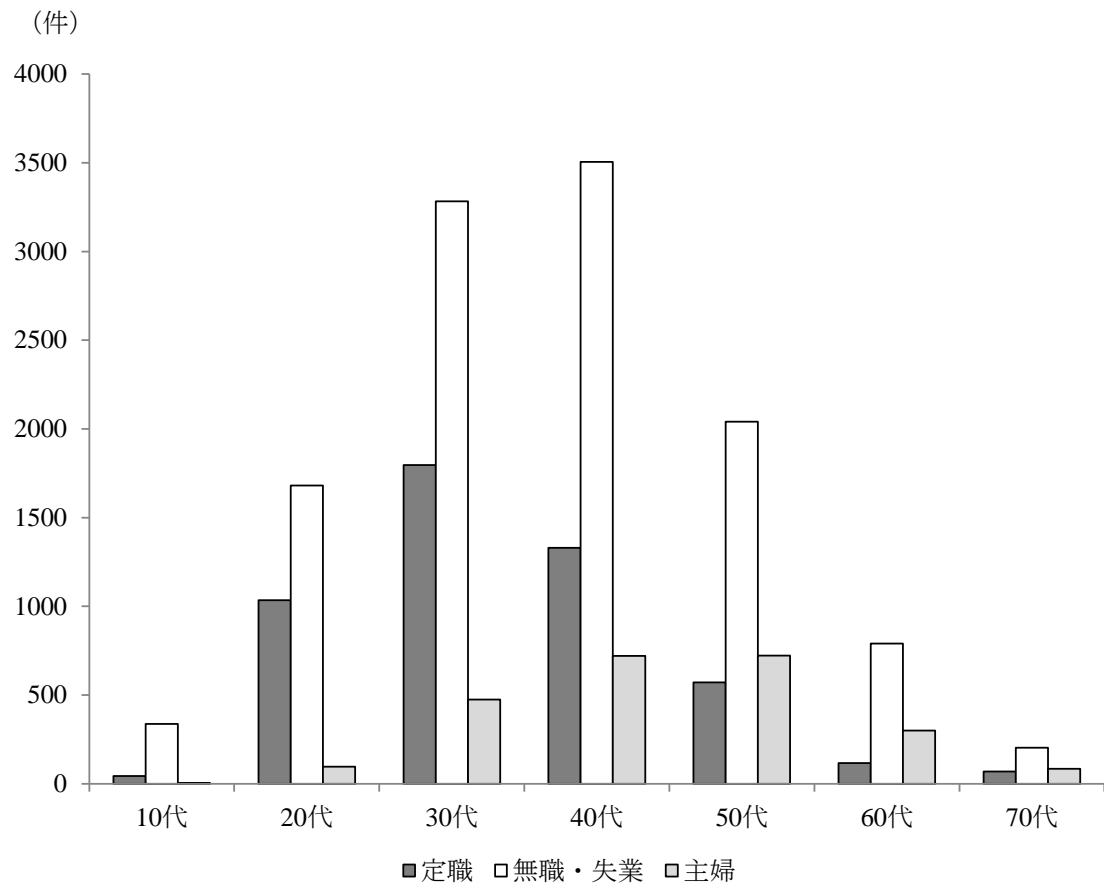


図 II-3. 年代と職業（解析対象：男女・年代・職業に欠損項目のないもの）

表 II-14. 性別毎の相談件数  
(定職者)

性別	件数	割合(%)
男性	746	65.2
女性	399	34.8
合計	1,145	100.0

表 II-15. 年代別相談件数  
(定職者)

年代	件数	割合(%)
10代	4	0.3
20代	240	21.0
30代	386	33.7
40代	322	28.1
50代	142	12.4
60代	21	1.8
70代	30	2.6
合計	1,145	100.0

表 II-16. 自殺志向（定職者）

自殺志向	内容	件数	割合(%)
自殺志向群			
	念慮	513	44.8
	危険	58	5.1
	予告	10	0.9
	実行中	8	0.7
非自殺志向群			
	不明	556	48.6
合計		1,145	100.0

表 II-17. 自殺未遂歴の有無  
(定職者)

未遂歴	件数	割合(%)
あり	429	37.5
なし	716	62.5
合計	1,145	100.0

表 II-18. 健康状態（定職者）

疾患	件数	割合(%)
身体疾患 あり	180	15.7
精神疾患 あり	965	84.3
合計	1,145	100.0

表 II-19. 性別と自殺志向毎の相談件数（定職者）

性別	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
男性	363	48.7%	383	51.3%	746	65.2%
調整済み残差	-2.6		2.6			
女性	226	56.6%	173	43.4%	399	34.8%
調整済み残差	2.6		-2.6			
合計	589	51.4%	556	48.6%	1,145	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=6.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ )

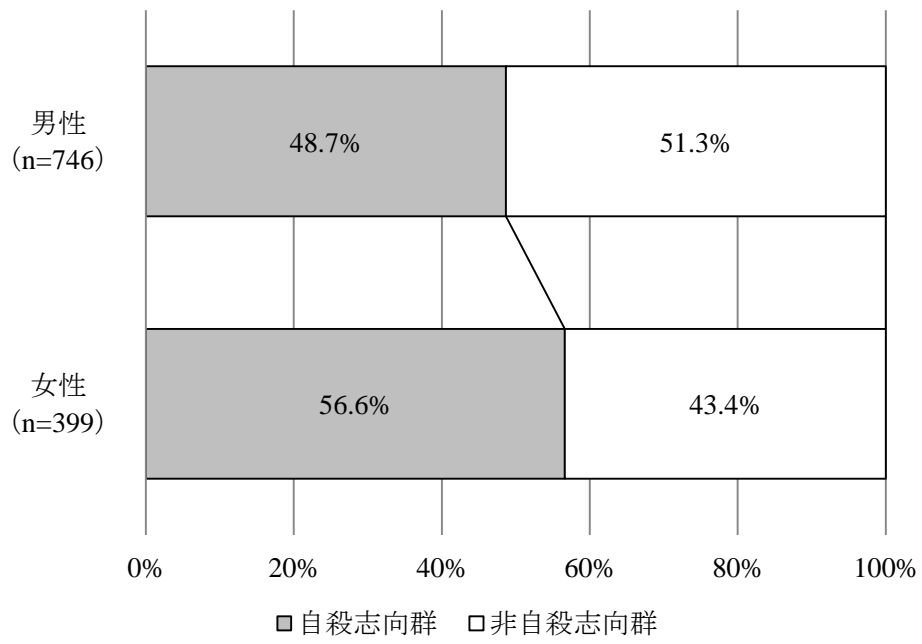


図 II-4. 性別と自殺志向（定職者）



表 II-20. 未遂と自殺志向毎の相談件数（定職者）

未遂	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
あり	326	76.0%	103	24.0%	429	37.5%
調整済み残差	12.9		-12.9			
なし	263	36.7%	453	63.3%	716	62.5%
調整済み残差	-12.9		12.9			
合計	589	51.4%	556	48.6%	1,145	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=165.5$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )

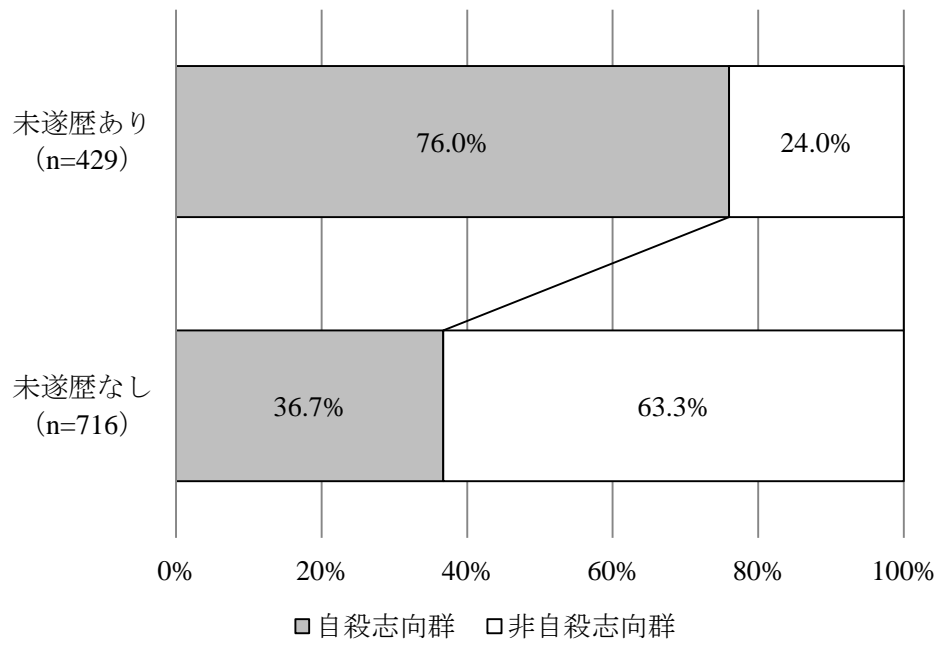


図 II-5. 未遂歴と自殺志向（定職者）

表 II-21. 健康状態と自殺志向毎の相談件数（定職者）

健康状態	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
身体疾患あり	69	38.3%	111	61.7%	180	15.7%
調整済み残差	-3.8		3.8			
精神疾患あり	520	53.9%	445	46.1%	965	84.3%
調整済み残差	3.8		-3.8			
合計	589	51.4%	556	48.6%	1,145	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=14.7$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )

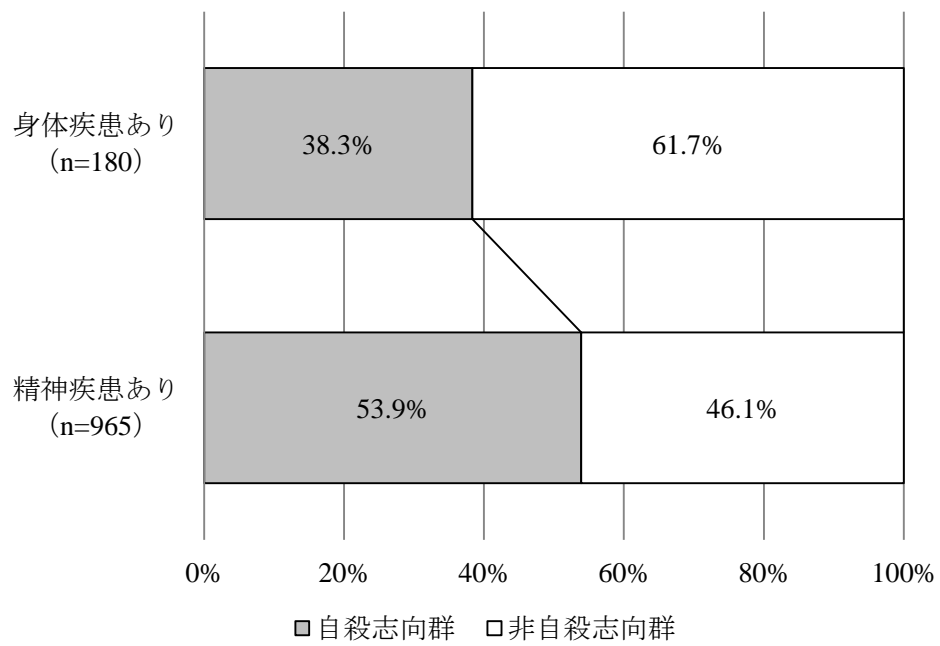


図 II-6. 健康状態と自殺志向 (定職者)

表 II-22. 性別毎の相談件数  
(無職・失業者)

性別	件数	割合(%)
男性	2,699	61.2
女性	1,710	38.8
合計	4,409	100.0

表 II-23. 年代別相談件数  
(無職・失業者)

年代	件数	割合(%)
10代	66	1.5
20代	624	14.2
30代	1,188	26.9
40代	1,396	31.7
50代	802	18.2
60代	265	6.0
70代	68	1.5
合計	4,409	100.0

表 II-24. 自殺志向（無職・失業者）

自殺志向	内容	件数	割合(%)
自殺志向群			
	念慮	2,090	47.4
	危険	219	5.0
	予告	32	0.7
	実行中	15	0.3
非自殺志向群			
	不明	2,053	46.6
合計		4,409	100.0

表 II-25. 自殺未遂歴の有無  
(無職・失業者)

未遂歴	件数	割合(%)
あり	2,037	46.2
なし	2,372	53.8
合計	4,409	100.0



表 II-26. 健康状態  
(無職・失業者)

疾患	件数	割合(%)
身体疾患 あり	622	14.1
精神疾患 あり	3,787	85.9
合計	4,409	100.0

表 II-27. 性別と自殺志向毎の相談件数（無職・失業者）

性別	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
男性	1,359	50.4%	1,340	49.6%	2,699	61.2%
調整済み残差	-5.2		5.2			
女性	997	58.3%	713	41.7%	1,710	38.8%
調整済み残差	5.2		-5.2			
合計	2,356	53.4%	2,053	46.6%	4,409	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=26.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )

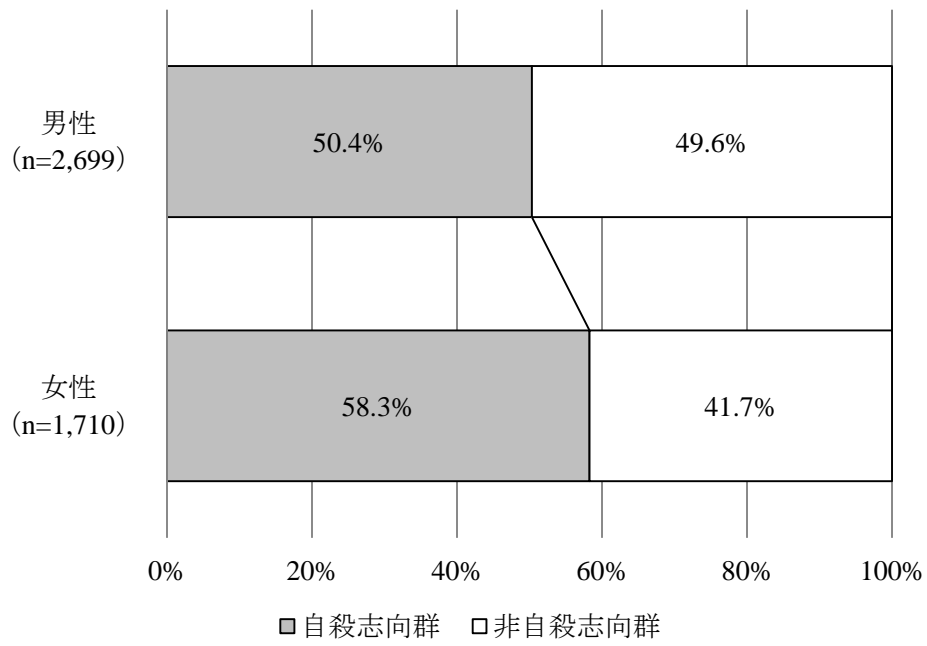


図 II-7. 性別と自殺志向（無職・失業者）

表 II-28. 未遂と自殺志向毎の相談件数（無職・失業者）

未遂	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
あり	1,455	71.4%	582	28.6%	2,037	46.2%
調整済み残差	22.2		-22.2			
なし	901	38.0%	1,471	62.0%	2,372	53.8%
調整済み残差	-22.2		22.2			
合計	2,356	53.4%	2,053	46.6%	4,409	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=492.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )

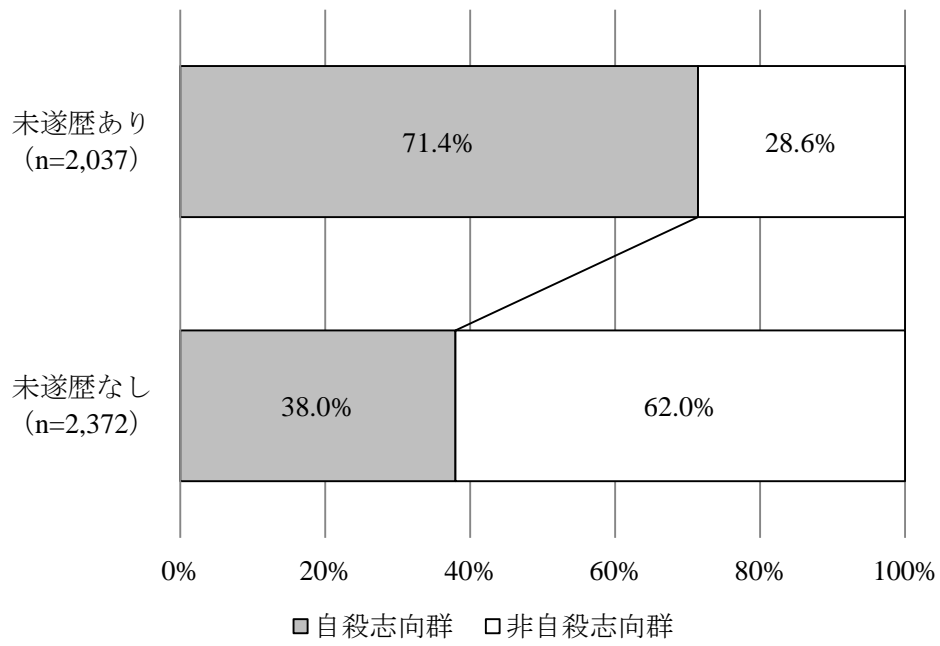


図 II-8. 未遂歴と自殺志向（無職・失業者）

表 II-29. 健康状態と自殺志向毎の相談件数（無職・失業者）

健康状態	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
身体疾患あり	271	43.6%	351	56.4%	622	100.0%
調整済み残差	-5.3		5.3			
精神疾患あり	2,085	55.1%	1,702	44.9%	3,787	100.0%
調整済み残差	5.3		-5.3			
合計	2,356	53.4%	2,053	46.6%	4,409	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=28.3$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )

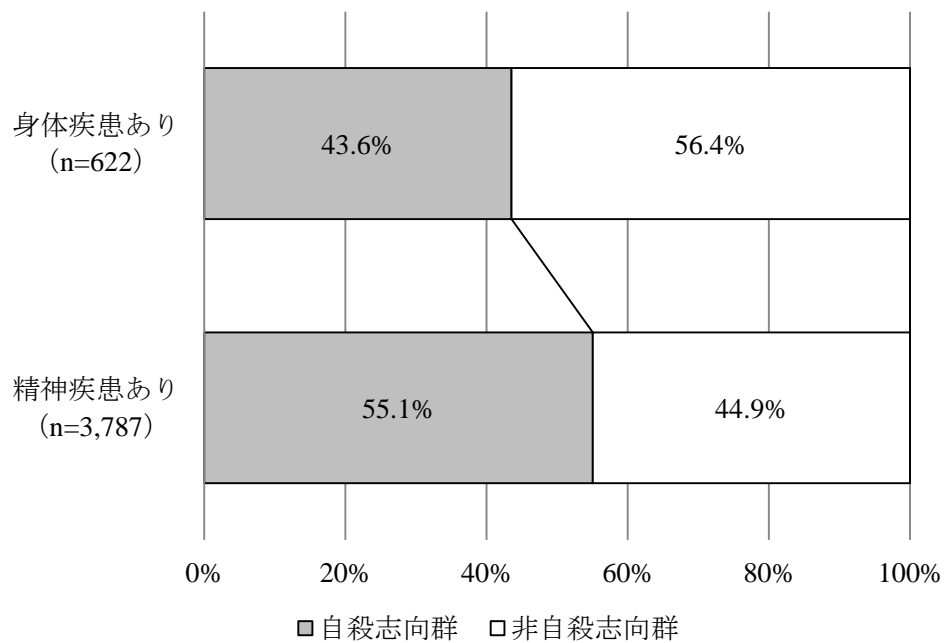


図 II-9. 健康状態と自殺志向（無職・失業者）

表 II-30. 性別毎の相談件数  
(主婦)

性別	件数	割合(%)
男性	9	1.0
女性	866	99.0
合計	875	100.0



表 II-31. 年代別相談件数（主婦）

年代	件数	割合(%)
10代	1	0.1
20代	27	3.1
30代	180	20.6
40代	262	29.9
50代	276	31.5
60代	96	11.0
70代	33	3.8
合計	875	100.0

表 II-32. 自殺志向（主婦）

自殺志向	内容	件数	割合(%)
自殺志向群			
	念慮	414	47.3
	危険	50	5.7
	予告	6	0.7
	実行中	3	0.3
非自殺志向群			
	不明	402	45.9
合計		875	100.0

表 II-33. 自殺未遂歴の有無  
(主婦)

未遂歴	件数	割合(%)
あり	354	40.5
なし	521	59.5
合計	875	100.0

表 II-34. 健康状態 (主婦)

疾患	件数	割合(%)
身体疾患 あり	115	13.1
精神疾患 あり	760	86.9
合計	875	100.0

表 II-35. 性別と自殺志向毎の相談件数（主婦）

性別	自殺志向 群		非自殺志 向群		全体	
		%		%		%
男性	3	33.3%	6	66.7%	9	1.0%
調整済み残差	-1.3		1.3			
女性	470	54.3%	396	45.7%	866	99.0%
調整済み残差	1.3		-1.3			
合計	473	54.1%	402	45.9%	875	100.0%

Fisher's exact test (p=0.180)

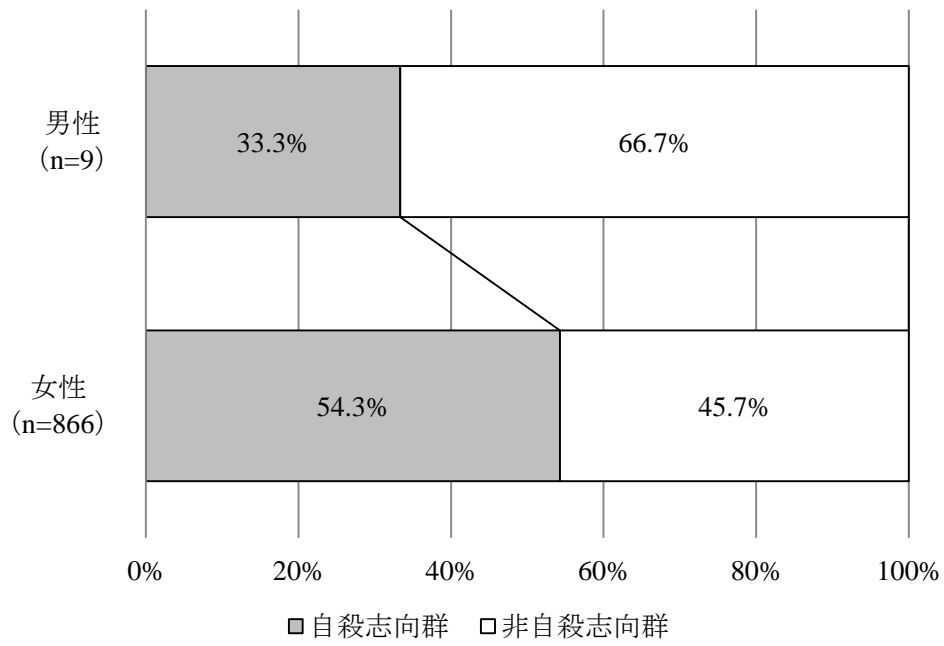


図 II-10. 性別と自殺志向 (主婦)

表 II-36. 未遂と自殺志向毎の相談件数（主婦）

未遂	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
あり	253	71.5%	101	28.5%	354	40.5%
調整済み残差	8.5		-8.5			
なし	220	42.2%	301	57.8%	521	59.5%
調整済み残差	-8.5		8.5			
合計	473	54.1%	402	45.9%	875	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=72.6$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ )

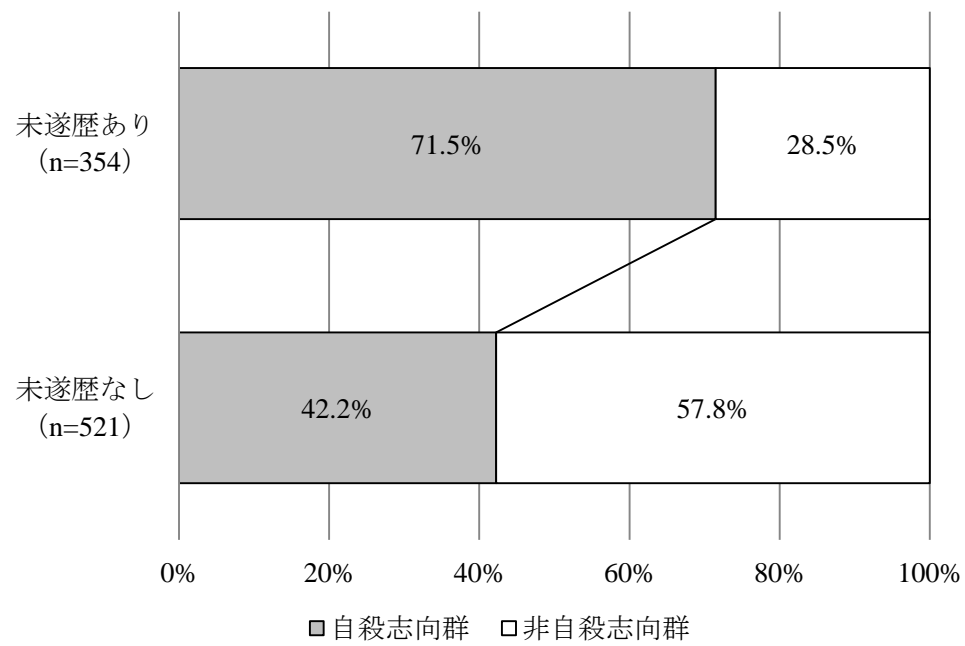


図 II-11. 未遂歴と自殺志向 (主婦)



表 II-37. 健康状態と自殺志向毎の相談件数（主婦）

健康状態	自殺志向 群	%	非自殺志 向群	%	全体	%
身体疾患あり	60	52.2%	55	47.8%	115	100.0%
調整済み残差	-0.4		0.4			
精神疾患あり	413	54.3%	347	45.7%	760	100.0%
調整済み残差	0.4		-0.4			
合計	473	54.1%	402	45.9%	875	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=0.2$ ,  $df=1$ ,  $p=0.664$ )

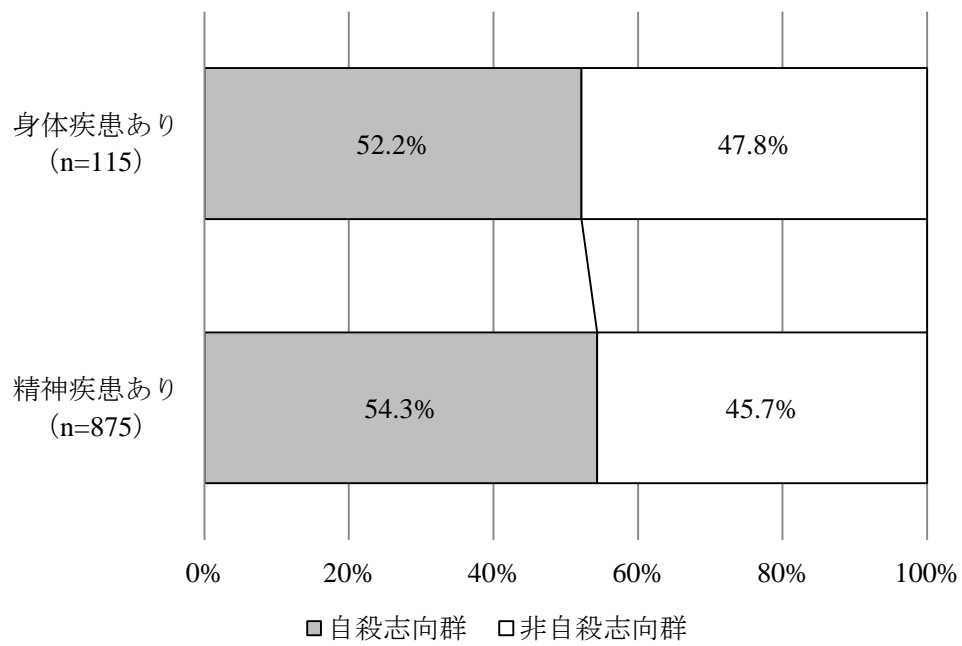


図 II-12. 健康状態と自殺志向（主婦）

表 II-38. 警察庁の自殺統計による都道府県別自殺者数

平成24年			平成23年		
都道府県	自殺者数	自殺者数	都道府県	自殺者数	自殺者数
北海道	1,296	1,437	滋賀県	306	376
青森県	356	400	京都府	464	567
岩手県	353	401	大阪府	1,740	1,924
宮城県	508	483	兵庫県	1,225	1,303
秋田県	315	343	奈良県	262	238
山形県	291	288	和歌山県	207	274
福島県	453	525	鳥取県	130	166
茨城県	627	703	島根県	168	199
栃木県	504	530	岡山県	382	409
群馬県	513	509	広島県	614	601
埼玉県	1,571	1,667	山口県	346	366
千葉県	1,242	1,443	徳島県	165	150
東京都	2,762	3,120	香川県	176	248
神奈川県	1,644	1,852	愛媛県	337	369
新潟県	700	724	高知県	214	224
富山県	264	301	福岡県	1,186	1,308
石川県	265	289	佐賀県	213	210
福井県	181	171	長崎県	284	347
山梨県	280	312	熊本県	448	441
長野県	480	501	大分県	278	281
岐阜県	468	525	宮崎県	307	338
静岡県	834	963	鹿児島県	394	436
愛知県	1,454	1,634	沖縄県	267	387
三重県	384	368	合計	27,858	30,651

参考文献55) 表8 都道府県別自殺者数より引用、筆者により一部抜粋。

表 Ⅲ-1. 性別毎の相談件数

性別	件数	割合(%)
男性	44,290	47.6
女性	48,804	52.4
合計	93,094	100.0

表 III-2. 男女毎の曜日別相談件数

曜日	男性	%	女性	%	全体	%
月曜日	6,282	14.2%	6,970	14.3%	13,252	14.2%
調整済み残差	-0.4		0.4			
火曜日	5,909	13.3%	6,856	14.0%	12,765	13.7%
調整済み残差	-3.1		3.1			
水曜日	6,179	14.0%	7,455	15.3%	13,634	14.6%
調整済み残差	-5.7		5.7			
木曜日	6,211	14.0%	7,187	14.7%	13,398	14.4%
調整済み残差	-3.1		3.1			
金曜日	5,919	13.4%	6,941	14.2%	12,860	13.8%
調整済み残差	-3.8		3.8			
土曜日	6,801	15.4%	6,886	14.1%	13,687	14.7%
調整済み残差	5.4		-5.4			
日曜日	6,989	15.8%	6,509	13.3%	13,498	14.5%
調整済み残差	10.6		-10.6			
合計	44,290	100.0%	48,804	100.0%	93,094	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=176.8$ ,  $df=6$ ,  $p<0.001$ )

表 III-3. 男女毎の時間帯 (1h毎) 別 相談件数

時間	男性	%	女性	%	全体	%
0時台	529	1.2%	705	1.4%	1,234	1.3%
調整済み残差	-3.3		3.3			
1時台	641	1.4%	786	1.6%	1,427	1.5%
調整済み残差	-2.0		2.0			
2時台	444	1.0%	512	1.0%	956	1.0%
調整済み残差	-0.7		0.7			
3時台	964	2.2%	962	2.0%	1,926	2.1%
調整済み残差	2.2		-2.2			
4時台	659	1.5%	610	1.2%	1,269	1.4%
調整済み残差	3.1		-3.1			
5時台	772	1.7%	676	1.4%	1,448	1.6%
調整済み残差	4.4		-4.4			
6時台	886	2.0%	810	1.7%	1,696	1.8%
調整済み残差	3.9		-3.9			
7時台	505	1.1%	577	1.2%	1,082	1.2%
調整済み残差	-0.6		0.6			
8時台	2,095	4.7%	2,515	5.2%	4,610	5.0%
調整済み残差	-3.0		3.0			
9時台	1,823	4.1%	1,789	3.7%	3,612	3.9%
調整済み残差	3.6		-3.6			
10時台	2,114	4.8%	1,892	3.9%	4,006	4.3%
調整済み残差	6.7		-6.7			
11時台	2,276	5.1%	2,057	4.2%	4,333	4.7%
調整済み残差	6.7		-6.7			
12時台	1,908	4.3%	1,645	3.4%	3,553	3.8%
調整済み残差	7.5		-7.5			
13時台	4,087	9.2%	4,876	10.0%	8,963	9.6%
調整済み残差	-3.9		3.9			
14時台	3,582	8.1%	4,044	8.3%	7,626	8.2%
調整済み残差	-1.1		1.1			
15時台	3,642	8.2%	4,197	8.6%	7,839	8.4%
調整済み残差	-2.1		2.1			
16時台	3,384	7.6%	4,039	8.3%	7,423	8.0%
調整済み残差	-3.6		3.6			
17時台	3,412	7.7%	4,026	8.2%	7,438	8.0%
調整済み残差	-3.1		3.1			
18時台	2,764	6.2%	3,396	7.0%	6,160	6.6%
調整済み残差	-4.4		4.4			
19時台	3,410	7.7%	3,982	8.2%	7,392	7.9%
調整済み残差	-2.6		2.6			
20時台	1,921	4.3%	1,804	3.7%	3,725	4.0%
調整済み残差	5.0		-5.0			
21時台	933	2.1%	1,006	2.1%	1,939	2.1%
調整済み残差	0.5		-0.5			
22時台	929	2.1%	1,150	2.4%	2,079	2.2%
調整済み残差	-2.7		2.7			
23時台	610	1.4%	748	1.5%	1,358	1.5%
調整済み残差	-2.0		2.0			
合計	44,290	100.0%	48,804	100.0%	93,094	100.0%

 $\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=322.7$ ,  $df=23$ ,  $p<0.001$ )

表 III-4. 男女毎の時間帯（6h毎）別 相談件数

時間	男性	%	女性	%	全体	%
0-5時台	4,009	9.1%	4,251	8.7%	8,260	8.9%
調整済み残差	1.8		-1.8			
6-11時台	9,699	21.9%	9,640	19.8%	19,339	20.8%
調整済み残差	8.1		-8.1			
12-17時台	20,015	45.2%	22,827	46.8%	42,842	46.0%
調整済み残差	-4.8		4.8			
18-23時台	10,567	23.9%	12,086	24.8%	22,653	24.3%
調整済み残差	-3.2		3.2			
合計	44,290	100.0%	48,804	100.0%	93,094	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=75.0$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ )

表 III-5. 男女毎の経過時間別 相談件数

経過時間	男性	%	女性	%	全体	%
0分以上10分未満	19,322	43.6%	5,944	12.2%	25,266	27.1%
調整済み残差	107.8		-107.8			
10分以上30分未満	14,288	32.3%	18,049	37.0%	32,337	34.7%
調整済み残差	-15.1		15.1			
30分以上60分未満	8,091	18.3%	17,245	35.3%	25,336	27.2%
調整済み残差	-58.4		58.4			
60分以上	2,589	5.8%	7,566	15.5%	10,155	10.9%
調整済み残差	-47.2		47.2			
合計	44,290	100.0%	48,804	100.0%	93,094	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=13079.4$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ )



表 III-6. 性別毎の自殺志向に  
関する相談件数

性別	件数	割合(%)
男性	646	47.4
女性	718	52.6
合計	1,364	100.0

表 III-7. 自殺志向と男女毎の曜日別相談件数

曜日	男性	%	女性	%	全体	%
月曜日	87	13.5%	125	17.4%	212	15.5%
調整済み残差	-2.0		2.0			
火曜日	100	15.5%	109	15.2%	209	15.3%
調整済み残差	0.2		-0.2			
水曜日	84	13.0%	95	13.2%	179	13.1%
調整済み残差	-0.1		0.1			
木曜日	118	18.3%	107	14.9%	225	16.5%
調整済み残差	1.7		-1.7			
金曜日	88	13.6%	104	14.5%	192	14.1%
調整済み残差	-0.5		0.5			
土曜日	78	12.1%	78	10.9%	156	11.4%
調整済み残差	0.7		-0.7			
日曜日	91	14.1%	100	13.9%	191	14.0%
調整済み残差	0.1		-0.1			
合計	646	100.0%	718	100.0%	1,364	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=6.4$ ,  $df=6$ ,  $p=0.381$ )

表 III-8. 自殺志向と男女毎の時間帯（1h毎）別 相談件数

時間	男性	%	女性	%	全体	%
0時台	14	2.2%	19	2.6%	33	2.4%
調整済み残差	-0.6		0.6			
1時台	14	2.2%	12	1.7%	26	1.9%
調整済み残差	0.7		-0.7			
2時台	6	0.9%	15	2.1%	21	1.5%
調整済み残差	-1.7		1.7			
3時台	20	3.1%	15	2.1%	35	2.6%
調整済み残差	1.2		-1.2			
4時台	13	2.0%	13	1.8%	26	1.9%
調整済み残差	0.3		-0.3			
5時台	10	1.5%	10	1.4%	20	1.5%
調整済み残差	0.2		-0.2			
6時台	15	2.3%	9	1.3%	24	1.8%
調整済み残差	1.5		-1.5			
7時台	13	2.0%	4	0.6%	17	1.2%
調整済み残差	2.4		-2.4			
8時台	24	3.7%	30	4.2%	54	4.0%
調整済み残差	-0.4		0.4			
9時台	19	2.9%	34	4.7%	53	3.9%
調整済み残差	-1.7		1.7			
10時台	31	4.8%	29	4.0%	60	4.4%
調整済み残差	0.7		-0.7			
11時台	33	5.1%	24	3.3%	57	4.2%
調整済み残差	1.6		-1.6			
12時台	31	4.8%	35	4.9%	66	4.8%
調整済み残差	-0.1		0.1			
13時台	64	9.9%	56	7.8%	120	8.8%
調整済み残差	1.4		-1.4			
14時台	48	7.4%	52	7.2%	100	7.3%
調整済み残差	0.1		-0.1			
15時台	46	7.1%	60	8.4%	106	7.8%
調整済み残差	-0.9		0.9			
16時台	39	6.0%	44	6.1%	83	6.1%
調整済み残差	-0.1		0.1			
17時台	51	7.9%	49	6.8%	100	7.3%
調整済み残差	0.8		-0.8			
18時台	29	4.5%	47	6.5%	76	5.6%
調整済み残差	-1.7		1.7			
19時台	59	9.1%	63	8.8%	122	8.9%
調整済み残差	0.2		-0.2			
20時台	28	4.3%	32	4.5%	60	4.4%
調整済み残差	-0.1		0.1			
21時台	16	2.5%	28	3.9%	44	3.2%
調整済み残差	-1.5		1.5			
22時台	16	2.5%	21	2.9%	37	2.7%
調整済み残差	-0.5		0.5			
23時台	7	1.1%	17	2.4%	24	1.8%
調整済み残差	-1.8		1.8			
合計	646	100.0%	718	100.0%	1,364	100.0%

 $\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=30.3$ ,  $df=23$ ,  $p=0.140$ )

表 III-9. 自殺志向と男女毎の時間帯（6h毎）別 相談件数

時間	男性	%	女性	%	全体	%
0-5時台	77	11.9%	84	11.7%	161	11.8%
調整済み残差	0.1		-0.1			
6-11時台	135	20.9%	130	18.1%	265	19.4%
調整済み残差	1.3		-1.3			
12-17時台	279	43.2%	296	41.2%	575	42.2%
調整済み残差	0.7		-0.7			
18-23時台	155	24.0%	208	29.0%	363	26.6%
調整済み残差	-2.1		2.1			
合計	646	100.0%	718	100.0%	1,364	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=4.9$ ,  $df=3$ ,  $p=0.183$ )

表 III-10. 自殺志向と男女毎の経過時間別 相談件数

経過時間	男性	%	女性	%	全体	%
0分以上10分未満	149	23.1%	80	11.1%	229	16.8%
調整済み残差	5.9		-5.9			
10分以上30分未満	219	33.9%	242	33.7%	461	33.8%
調整済み残差	0.1		-0.1			
30分以上60分未満	198	30.7%	263	36.6%	461	33.8%
調整済み残差	-2.3		2.3			
60分以上	80	12.4%	133	18.5%	213	15.6%
調整済み残差	-3.1		3.1			
合計	646	100.0%	718	100.0%	1,364	100.0%

$\chi^2$ 検定 ( $\chi^2=40.6$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ )

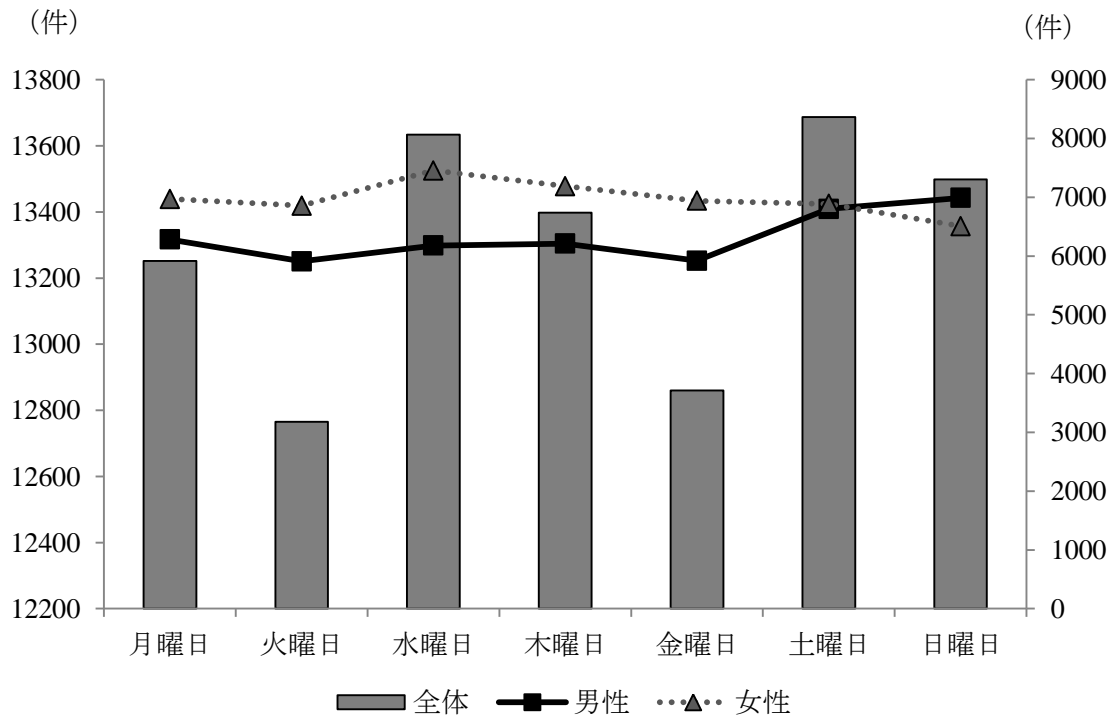


図 III-1. 全体と男女毎の曜日別相談件数

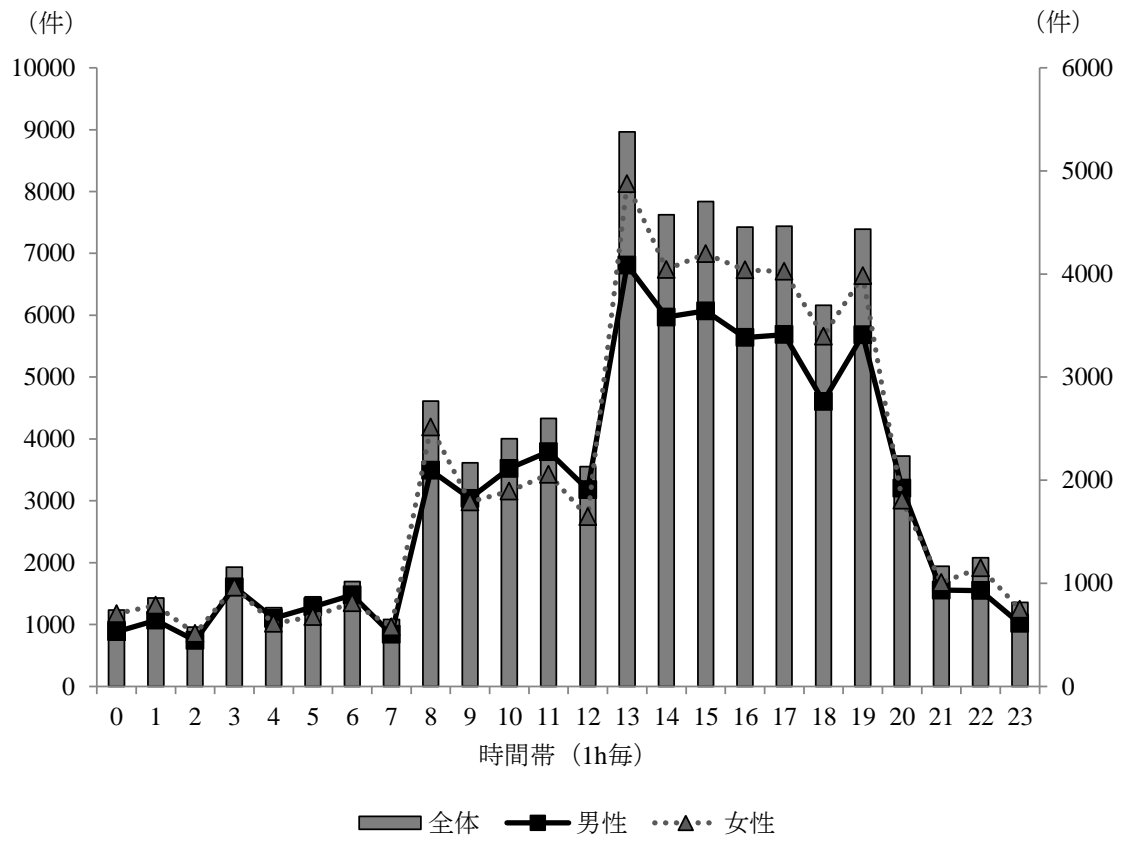


図 III-2. 全体と男女毎の時間帯 (1h 毎) 別 相談件数

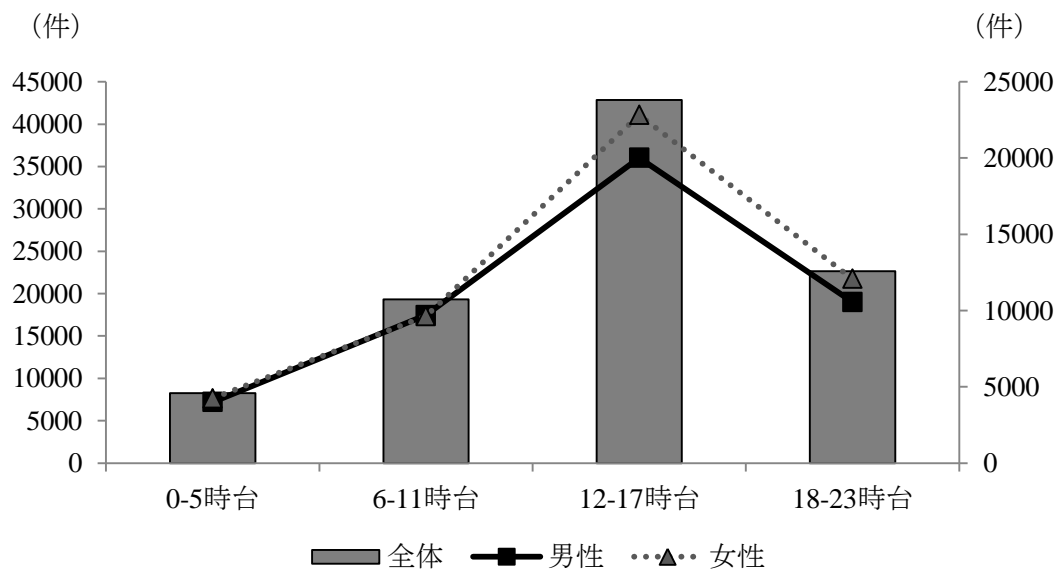


図 III-3. 全体と男女毎の時間帯（6h 毎）別 相談件数



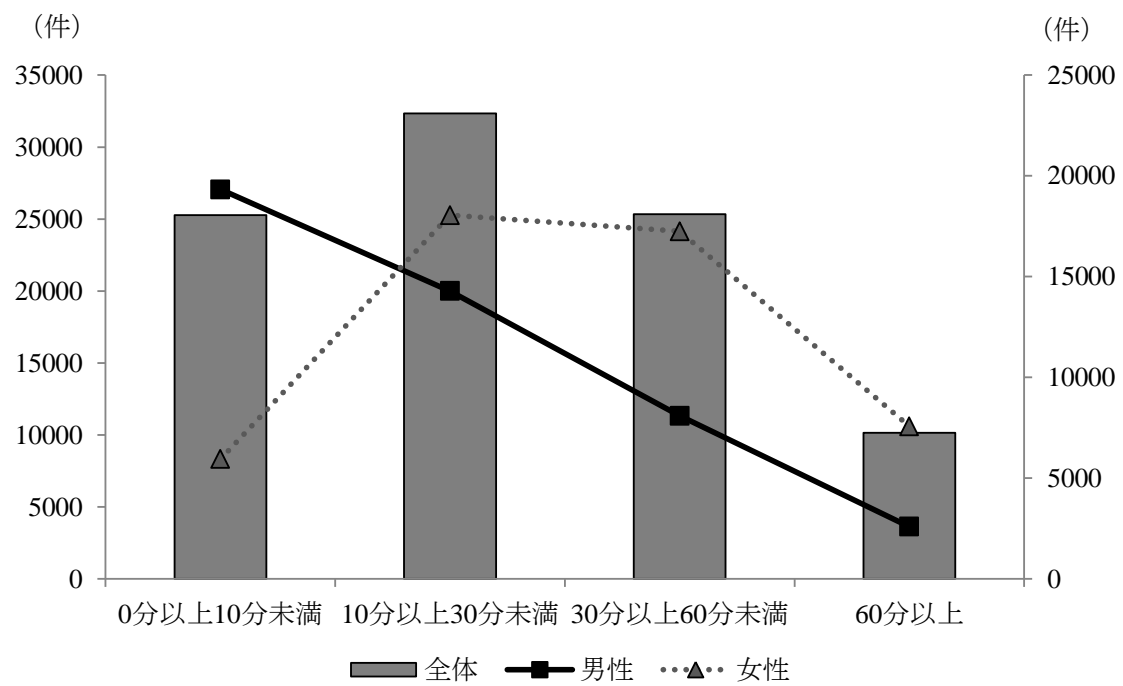


図 III-4. 全体と男女毎の経過時間別 相談件数

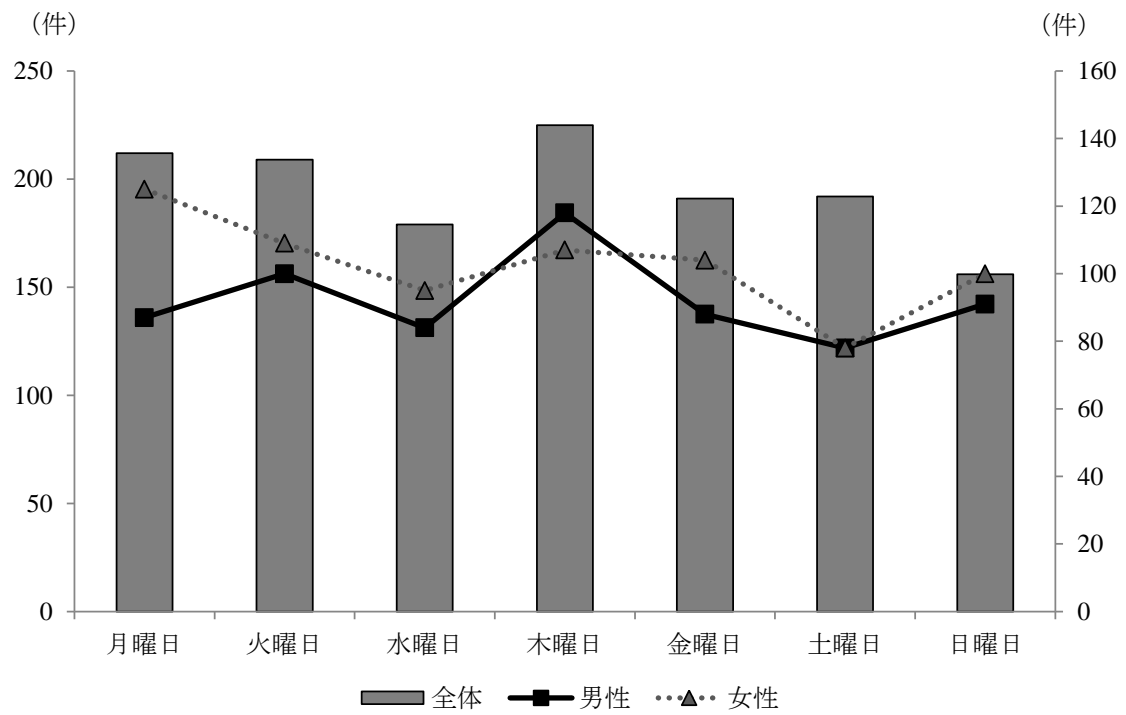


図 III-5. 自殺志向の全体と男女毎の曜日別相談件数

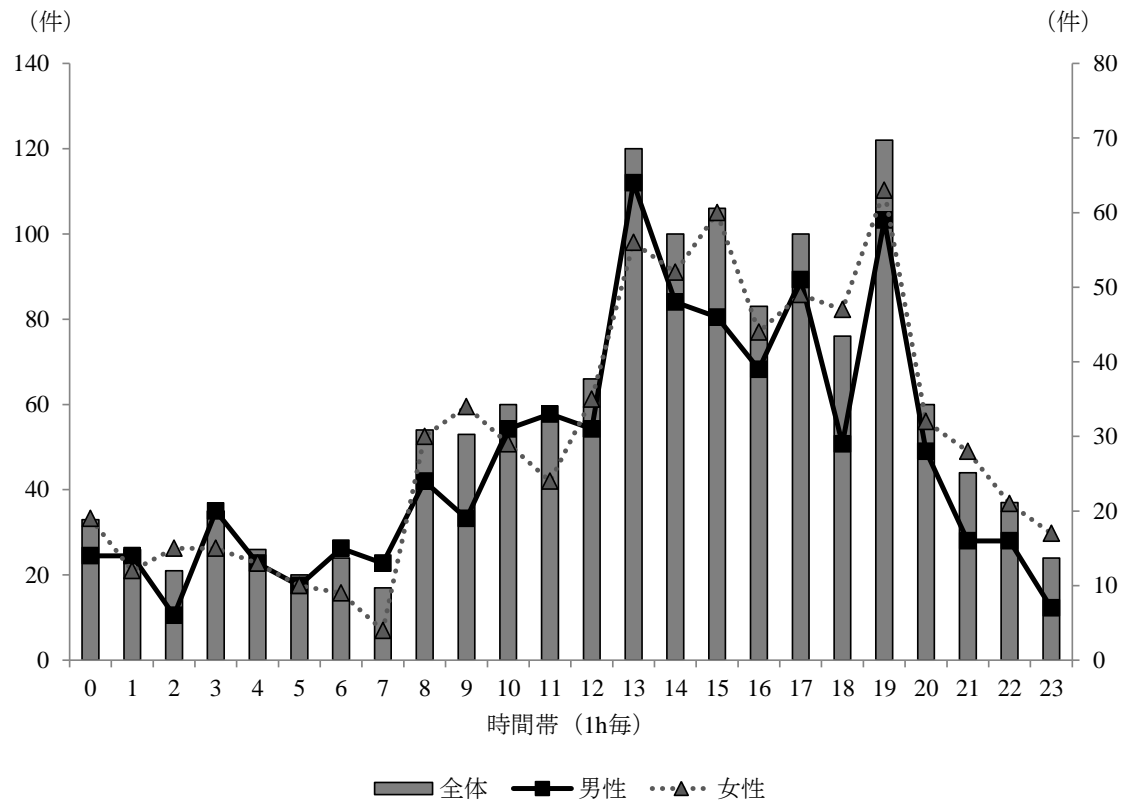


図 III-6. 自殺志向の全体と男女毎の時間帯（1h 毎）別 相談件数

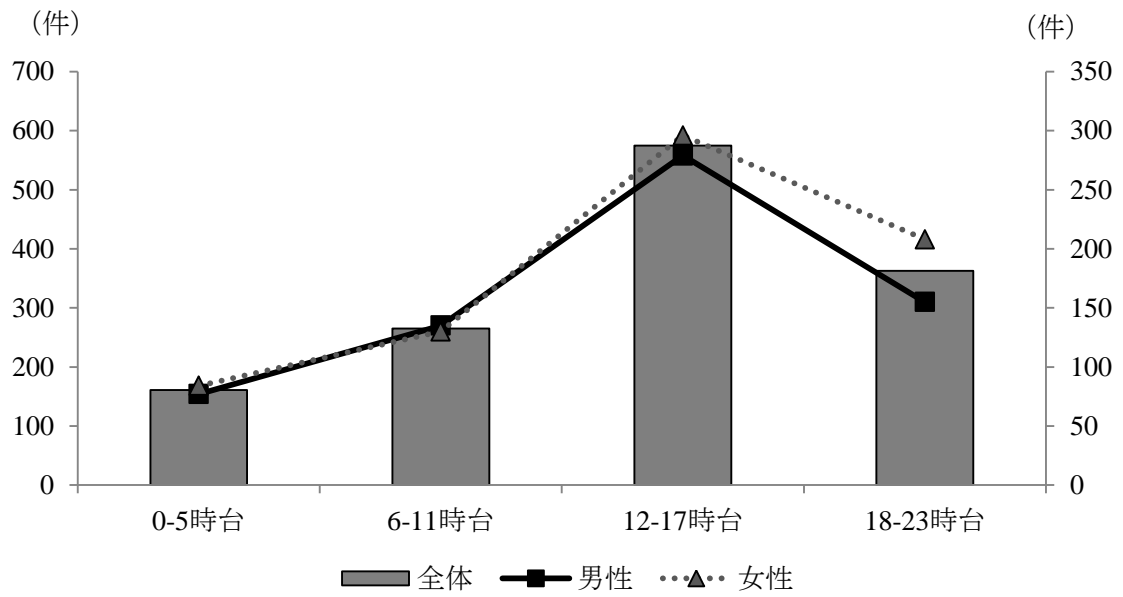


図 III-7. 自殺志向の全体と男女毎の時間帯（6h 毎）別 相談件数

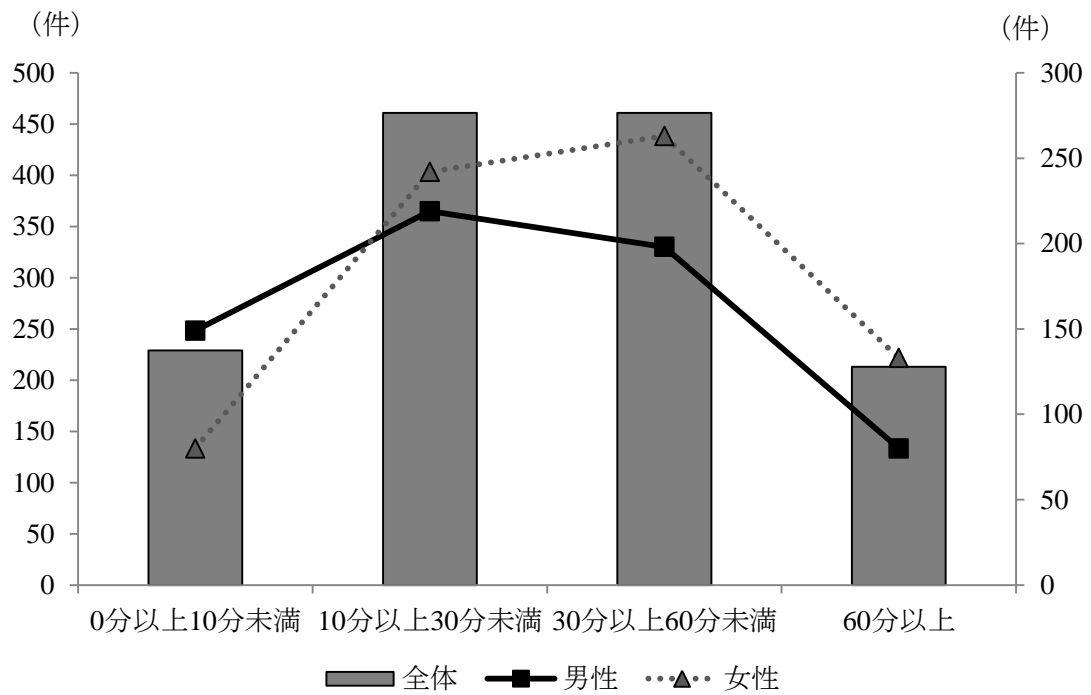
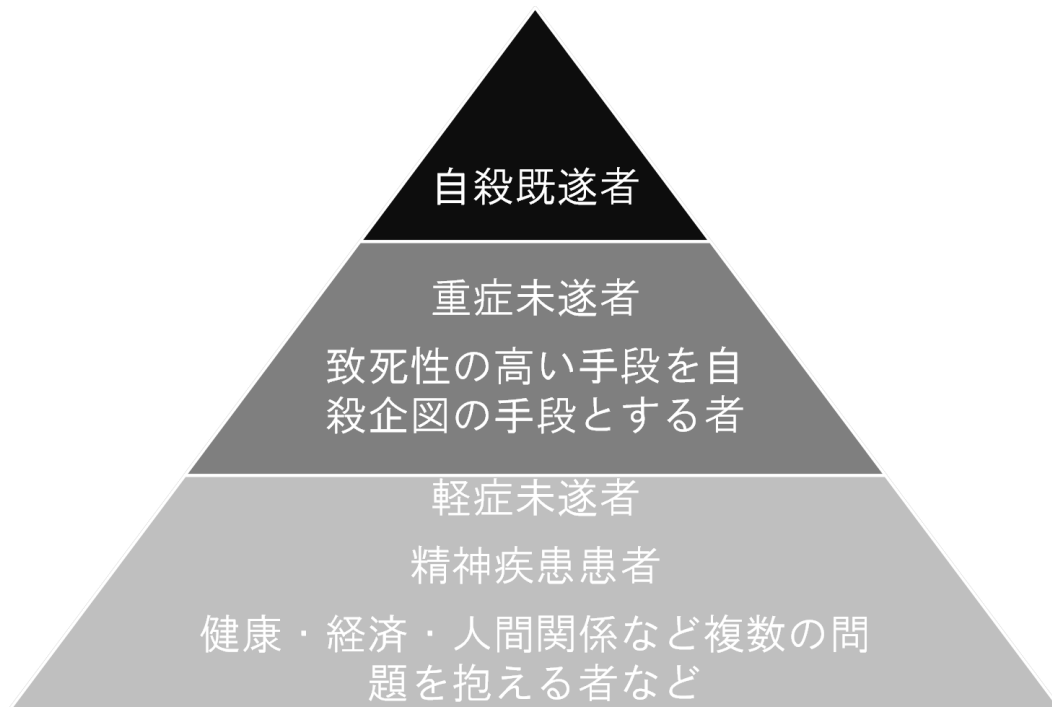
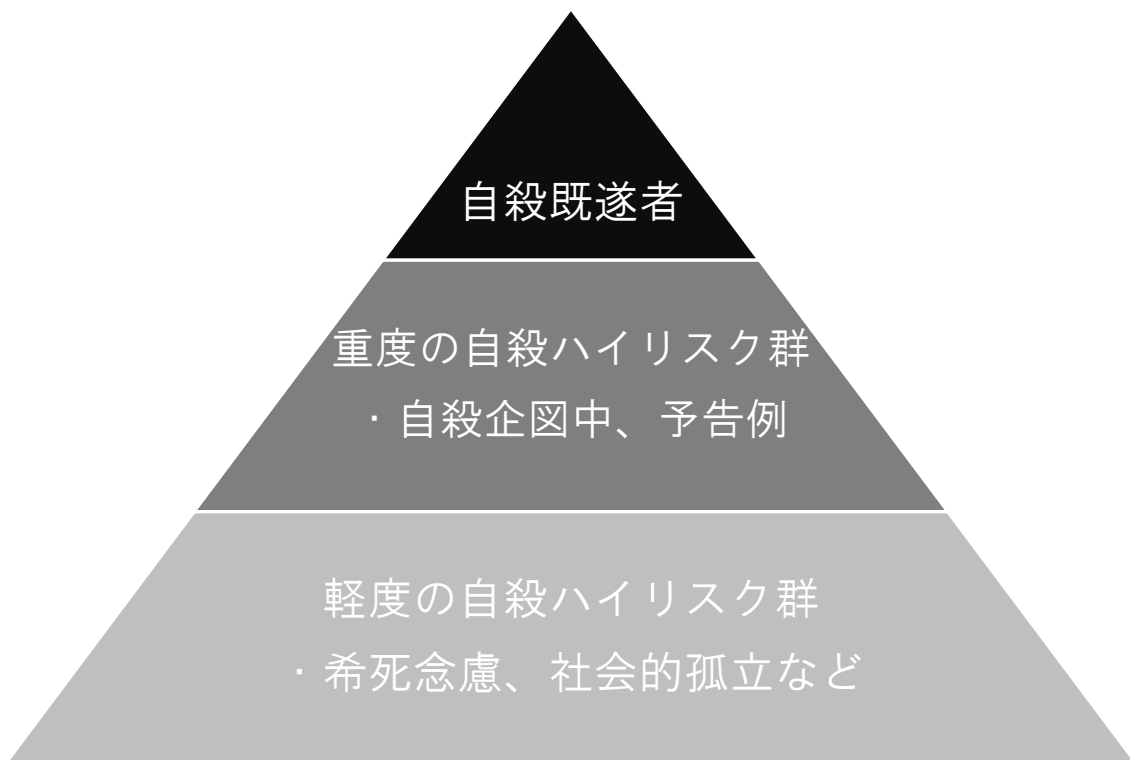


図 III-8. 自殺志向の全体と男女毎の経過時間別 相談件数



図IV-1. 自殺既遂-自殺未遂の階層モデル



図IV-2. 自殺既遂-自殺ハイリスク群の階層モデル