

## 奈良県の自殺対策(2) —高齢者及び精神障害者施設に関する調査—

神澤 創

本稿は奈良県における自殺対策検討資料収集のために実施された一連の調査研究の2編目である。先に行われた調査(「奈良県の自殺対策(1)—保健師を対象とする調査—」:以下,保健師調査)では,地域の保健師を対象に,担当ケースにおける自殺経験をたずねることにより,県民の全般的な自殺の実態について検討したが,本調査では対象をハイリスクグループに限定し,今後期待される自殺対策における選択的介入に関する資料を取集することを目指した。

高齢者は自殺の多い年代である。とくに介護を必要とする心身の不調や障害を有する場合はとくにその危険性が高まると考えておく必要がある。一方,精神疾患と自殺の関連は以前から知られており(張,2006),この両者はともに自殺のハイリスクグループに分類される。また,高齢者がうつ病や認知症などの精神障害を抱えている場合はさらに注意が必要である。奈良県内の自殺の実態を調査するにあたり,本調査ではそのような「生きづらさ」を抱えた高齢者と精神障害者を地域で直接支援する地域包括支援センターと訪問系介護事業所(看護,介護,入浴,リハビリテーション)および精神障害者支援事業所(地域活動支援センター,委託相談事業所)のスタッフを対象に,業務を通じて関わりのあったケースの自殺経験について調査した。

### ハイリスクグループとして的高齢者

平成10年の激増以来14年間続いた3万人以上の自殺者数も,平成24年には前年比2,792人減の27,858人となり,徐々に2万人台となった。その多くを占めてきた40代以降の中老年男性の自殺者数は平成15年以降漸減傾向を示し,その一方で20代の若年層の自殺死亡率の上昇が懸念されている。

とはいえ,長年にわたり自殺者の多くが60歳以上の高齢者であったことを忘れてはならない。平成24年度を見ても自殺者数の40%近くを65歳以上が占めており,依然として高齢者が自殺のハイリスクグループであることに変わりはない。その背景には高齢化率の上昇からもわかるとおり,急速に進行する社会の高齢化にいろいろな面での対応が遅れていることが考えられる。近年,マスコミなどで取り上げられるようになった

介護負担に関連する殺人事件や自殺などはその残念な一例といえよう。また,核家族化の進行に伴う単独高齢者世帯の急増も高齢者自殺の多発と無関係ではなかろう。社会や家族との関係が希薄化し,その結果としての物理的・心理的な孤立が高齢者の自殺動機となりうることは容易に想像される。

さて,奈良県はわが国で最も自殺率(人口10万人に対する自殺死亡者数)の低い県であり,過去10年間で5回(平成14年,18年,19年,21年,22年)47都道府県中最低位を示し,平成24年度の自殺率(18.8)も京都府,香川県,神奈川県に次いで国内4位の低位にある。平成10年には年間360人を数えた自殺死亡者数も平成15年以降ほぼ一貫して減少傾向にあり,平成23年は前年度比2割減の238人,24年は262人と2年連続して200人台を記録している。しかしながら,10数年にわたって奈良県内で年間300人前後の自殺者が計上されてきたことは紛れもない事実であり,過去10年間に自殺で亡くなられた3000人近くの3割前後が60歳以上の高齢者であったことを忘れてはならない。奈良県のある調査(奈良県,2011)では,「悩みやストレスを感じたときに,相談したり,助けを求めたりすることを恥ずかしいことだと思いますか」という問いに対して奈良県民は全国平均より高い割合で「そう思う」と答えており,この傾向は年齢が高くなるほど強くなることが明らかとなった。つまり高齢になるほど他者に援助を求めることに抵抗を強く感じるということである。その結果,必要な支援を求めることをためらい,「生きづらさ」を強めてしまう場合もあろう。県内では南部の山間地域の自殺率の高さが知られているが,その多くが60歳代以上の高齢者であることを記しておく。自殺率低位県の奈良といえども高齢者の自殺リスクは決して低くないのである。

### ハイリスクグループに関する研究

自殺のリスク要因については様々な角度から調査が行われ,現在その分析が進められているところである。たとえば,自殺多発地域として知られる東北3県(秋田,岩手,青森)や新潟県,高知県などの酒類販売(消費)量は国内でも最上位にあり,自殺死亡率の低い奈良県,三重県,滋賀県の酒類販売(消費)量は

もっとも少ないといった報告がある(奈良県自殺対策連絡協議会, 2012)。自殺対策において調査・研究は教育・啓発活動と並ぶ重要課題であり, とくに自殺ハイリスクグループへのアプローチは直接的な予防効果が期待される領域である。たとえば, 自殺リスクが最も高いとされる未遂者を対象とした国家的な調査に, 救急医療における大規模研究(ACTION-J)があるが, 平成17年のプロトコル策定から5年間にわたって実施された研究プロジェクトの成果が現在公表されつつあるところである(戦略研究企画・調査専門検討会, 2012)。一方, 精神疾患と自殺の関係について飛鳥井(1994)は, 自殺企図者の75%が何らかの精神疾患を有しており, その90%がうつ病, 統合失調症などの精神病やアルコール依存などの依存症であると報告しているが, 自殺ハイリスクグループである奈良県の精神障害者グループ(精神障害者家族会連合会, 奈良県断酒連合会, 薬物/アルコール依存回復支援施設奈良ダルク)を対象に行われた調査(神澤, 2009)では, 自殺者の遺族・友人など「同じような経験をされた人たちと心情を分かち合う機会の必要性」や「専門家の心理的サポート」が求められていることが明らかとなり, ピアグループや心理的支援システムの確立が奈良県の課題となっている。また, 自殺によって家族や親しい人を失った自死遺族も自殺のハイリスクグループとされているが, 2008年から奈良ののちの電話が行っている自死遺族支援グループ「よりそいの会あかり」の参加者は当初予想されたほど増加しているわけではなく, 遺族支援の難しさをうかがわせるものがある(奈良ののちの電話協会, 2012)。これらの知見をもとに, 奈良県では平成19年に発足した自殺対策連絡協議会を中心に様々な自殺対策を講じてきたが, 現在, 基本的な調査の結果が徐々に発表されているところである(神澤, 2012, 2013a, b)。

### 自殺に関する調査のむずかしさ

#### —心理学的剖検について—

さて, 自殺対策の基本となる実態調査の重要性は上に述べたとおりであるが, 実際に家族や関係者を対象とした調査を行うことは容易ではない。自殺者数や場所, 方法などに関する情報は警察庁の報告や厚生労働省の人口動態統計などの発表資料によって知ることができるが, その動機や背景となる要因, 自殺者の性格や生活状態, 死に至る直前の様子などの情報は入手が難しい。欧米に習いわが国においても, 米国で開発された「心理学的剖検(psychological autopsy)」(脚注)を用いた調査が進められ, その成果

が順次発表されているところである(加我, 2009)。奈良県においても, 心理学的剖検の試みとして精神保健福祉センターが県警や奈良県立医科大学救急科の協力を得て, 自殺者の家族・関係者に心理的支援の提供と自殺者の情報を聴取する協力を求めるパンフレットを配置したことがあるが, その反応はほとんどなかったと聞いている。中にはスタッフから「家族の方には渡せません」という拒否的コメントが返ってきたこともあり, その背景に自殺について語ることを良しとしない文化的・心理的な風土があることは想像に難くない。ちなみに, 自殺との関連が深いとされる精神疾患に対する偏見も相当に強く, そのことが精神科受診への抵抗感につながっていると専門医の意見もあり, この点も今後解決されるべき大きな課題の一つである。

本研究では, 家族や友人ではなく自殺者と直接かわりのあった地域の相談・支援・介護施設のスタッフを調査対象とした。彼らは家族や友人とは異なる形で自殺者と関係のあった人たちである。カウンセラーがその典型であろうが, 専門家に対しては家族や友人には話せない内容を語る場合があり, 自殺に関連する事実もその一部に含まれる可能性が期待されたことから, アンケートと聞き取りによる調査を行った。なお本調査では高齢者と精神障害者をまとめて1つのハイリスクグループとしたが, その理由は, 両者がいずれも支援を必要とする社会的困難さ, 所謂「生きづらさ」を抱えており, 自殺研究においても常にハイリスクグループとしてとらえられてきたからである。また, 本研究は帝塚山大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施されたものであり, 集められたデータや個人情報には研究者が責任を持って管理し, 調査に関する説明は文書をもって行った。さらに, 聞き取り調査を協力の意志が確認できたもののみを実施するなど, 調査協力者の理解や同意を求める方法に関しても最善の注意が払われ, 倫理面での配慮が十分になされていたことを付記しておく。

---

脚注: 心理学的剖検(psychological autopsy)

自殺者遺族のケアを前提として, 自殺者の遺族や故人をよく知る人から個人の生前の状況を詳しく聞き取り, 自殺が起こった原因や危機を明らかにしていくこと。1958年, ロスアンゼルス自殺予防センターの共同創設者であるシュナイドマンとファーブローによって提唱された。

### 研究1

研究1では、奈良県下の地域包括支援センター、訪問系介護事業所、および精神障害者支援事業所の利用者の自殺について、施設職員の経験を尋ねた。これらの施設は自殺のハイリスクグループとされる高齢者及び精神障害者を地域で直接支援する立場にあり、業務上利用者の自殺を経験する可能性が高いと推測されたからである。地域包括支援センターと訪問介護事業所は法的位置づけ(介護保険法と老人福祉法)や、財源、職員配置などにおいて多少の違いはあるものの、いずれも地域で生活する高齢者支援の中心的な役割を担う施設であり、精神障害者支援事業所は「地域活動支援センター」と「委託相談支援事業所」からなり、地域で生活する精神障害者の支援を行うことを目的としている。なお、地域包括支援センターは地域で介護や支援を必要とするすべての人を対象としており、その対象に精神障害者が含まれる場合もある。

### 方法

#### 「自殺に関するアンケート」

本調査の実施にあたって、施設職員が経験した利用者の自殺に関する情報を収集するための質問票(自殺に関するアンケート)を作成した。質問は以下に示す6つの領域(1. 自殺経験の有無, 2. 自殺者の属性;性別, 年齢, 職業, 自殺時の生活の様子, 精神科・心療内科等の受信歴等, 3. 自殺の原因と思われるもの, 4. 自殺直前の相談の有無, 5. 接触を通して気づいたこと, および自殺直前の兆候, 6. 自殺対策・予防手段に関する意見)からなり、調査用紙は回答者の負担を軽減するために、できるだけ項目数を少なく

するため、5.6.の2項目を除き回答はすべて英数記号に○を付ける形式にした。

### 調査対象者

2012年7月から10月にかけて、奈良県下の地域包括支援センター61施設、訪問系介護事業所635施設、および精神障害者支援事業所15施設の合計711施設に上記の「自殺に関するアンケート」を、依頼状、返信用封筒を同封して郵送し、返送してもらった。その結果、364施設(地域包括支援センター33施設、訪問系介護事業所316施設及び精神障害者支援事業所15施設)から回答があり(回収率51%)、1ヶ所から複数の報告をした施設があったため、全回答者数は545名(男性148名, 平均年齢48歳:女性369名, 平均年齢49歳)となった。

### 結果と考察

#### 「自殺に関するアンケート」の結果

施設スタッフが経験した自殺者数は全部で60ケース(地域包括支援センター17件, 訪問系介護事業所36件, 精神障害者支援事業所7件)であり、全回答者の11%が担当ケースの自殺を経験したことになる。なお、この数字は同様の手法で奈良県内の保健師を対象に実施した調査(神澤, 2013a)結果とほぼ同一であった。

#### 性差と年代傾向

報告された自殺者の男女比は男性29名に対し女性31名と全体としてはあまり差はないが、20歳代以下の最若年層と50歳代を除くすべての年代で女性が男性を上回っている点は、男性が女性の約2.5倍という一般人口における比率とは異なる傾向を示した(Figure1参照)。また、奈良県全体の男女比も全国と

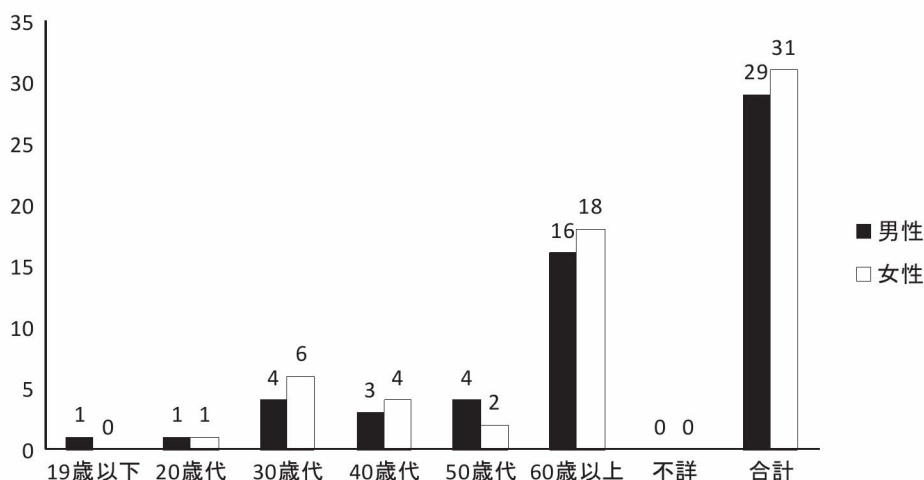


Figure1 高齢者・障害者支援事業における自殺者数

ほぼ同等であることから、高齢者及び精神障害者施設スタッフが経験した自殺ケースについては一般人口より女性の割合がかなり高いと言わざるを得ない。なお、保健師調査でも男性の自殺者18名に対し、女性が25名と女性優位の傾向がさらに顕著に認められており、この点は、調査対象施設と女性の関わりの強さをうかがわせるものである。

年代別にみると、60歳代以上の高齢者層の自殺者が最も多く(男性の55%、女性の58%)、全体の過半数(57%)を占め、他の年代を圧倒している。これに30歳代(17%)、40歳代(12%)、50歳代(10%)が続くがこれらの年代間には顕著な差異は認められず、20歳代以下は3名(5%)と最も少なかった。60歳代以上の高齢者に自殺者が集中している点は一般人口と同様であるが、その比率の高さについては調査施設の多くが高齢者を主な対象としていることを考慮する必要がある。

一方、30歳代が全年代の第2位に位置している点は興味深い。一般人口では60歳代、50歳代、40歳代の次に30歳代の自殺者数が多いとされる(自殺対策白書、2013)が、本調査では40歳代、50歳代を飛び越して30歳代が多くなっている。保健師調査でも60代と20代の2つのピークに続いて30代が多かったことから、奈良県の自殺の年代傾向として30代にも注意すべきものがあると考えらるべきであろう。

なお、50歳代においてのみ男性が女性を上回っており(男性4人女性2人)、施設利用者においても一般人口と同様、中年男性の自殺が多いことがうかがわれる。ちなみに保健師調査においても50歳代のみ男性が女性を凌駕し、実に5倍の大差が認められた。とはいえ、本調査対象の就労状態は「無職者」が最も多かった(62%)ことから、いわゆる「働き盛り」の自殺という表現は当てはまらない。また、精神障害との関連から無職の状態にある者が多いことも考えられるが、こ

の点についても本調査の範囲を超えるため解釈は差し控えたい。なお、近年懸念されている若年層の増加は本調査データからは感じられなかった。

集計結果をさらに詳細にみると、地域包括支援センターから報告された自殺者の割合が、実数で10倍を超える訪問介護系事業所の報告件数よりかなり多く、地域包括支援センターが高齢者の自殺により高い頻度で遭遇していることがわかる。その理由として、利用者とのかかわりが介護以外の領域にも及ぶ施設の特徴が考えられ、今後の高齢者自殺対策において地域包括支援センターの役割に期待が寄せられるところである。また、その条件としてゲートキーパー研修など、スタッフへの教育・研修事業の推進と、危機状態における専門家との相談体制の確立が必須となる。

### 職業分類

自殺者の職業をTable1に示した。この表から、自殺者の多くが就労していなかったことがわかる(無職者62%、失業者5%を合わせると67%)。女性では無職について「主婦(35%)」が多く、自殺者の職業においても性差が明らかとなった。なお、男性では「学生・生徒」が2番目に多く、全体の7%となっているが、実数では自営業や被雇用者とほとんど差がなかった。無職者が最高位を示した点は一般人口と同様であるが、本調査の対象が高齢者や精神障害者といったあらかじめ就労に困難さをもつ「生きづらさ」を抱えた人々であったことも考慮しておく必要がある。

### 居住形態

全体の4割近くが「一人暮らし(35%)」で独居世帯の自殺が目立ち、これに「2世帯以上(20%)」と「夫婦のみ(18%)」が続いている。男性では独居とあまり変わらない割合で「親のみ同居(24%)」が第2位にあるのに対し、女性では「2世帯以上」の大家族がその位置にあり、この項目に関しても顕著な性差が認められた(Table2)。サポートの不足が自殺の危険を高めること

Table1 自殺ケースの職業

|    | 自営業・家族従事者 | 被雇用者・勤め人 | 学生・生徒等 | 主婦      | 失業者    | 無職者     | 不詳    | 合計 |
|----|-----------|----------|--------|---------|--------|---------|-------|----|
| 男性 | 1(3%)     | 1(3%)    | 2(7%)  | 0       | 3(10%) | 22(76%) | 0     | 29 |
| 女性 | 0(0%)     | 4(13%)   | 0(0%)  | 11(35%) | 0(0%)  | 15(48%) | 1(3%) | 31 |
| 全体 | 1(2%)     | 5(8%)    | 2(3%)  | 11(18%) | 3(5%)  | 37(62%) | 0(0%) | 60 |

Table2 居住形態

|    | 一人暮らし   | 夫婦こども  | 夫婦のみ    | 子供のみ  | 親のみ    | 2世帯以上   | 不詳    | 合計 |
|----|---------|--------|---------|-------|--------|---------|-------|----|
| 男性 | 8(28%)  | 4(14%) | 5(17%)  | 0(0%) | 7(24%) | 5(17%)  | 0     | 29 |
| 女性 | 13(42%) | 2(6%)  | 6(19%)  | 1(3%) | 2(6%)  | 7(23%)  | 0     | 31 |
| 全体 | 21(35%) | 6(10%) | 11(18%) | 1(2%) | 9(15%) | 12(20%) | 0(0%) | 60 |

は知られているが、家族からの支援が受けられない独居者に次いで、2世帯以上の大家族の自殺が多いことは興味深い。保健師調査においても第1位の独居とほぼ同数で「夫婦と子供」これに「2世帯以上」が続いており、家族成員数の多さが自殺を抑止してはいないことが示された。同居家族との関係(不和・遠慮)が自殺の誘因となる場合もあることから、家族構成と自殺の関係は今後さらに検討する価値があろう。

**精神科受診歴**

全体としては精神科受信歴の有無(「あり(45%)」「なし(47%)」)にあまり差はないが、男性では受診歴のない人がやや多く、女性では受診歴のある人が多いという逆の傾向がみられた(Table3)。また男性のうち5名は精神障害者支援事業所からの報告であることから、これを除くと受診歴のある人は6名となり、受診歴がない人の半分以下となる。したがって、高齢者関連事業所からの報告だけでみると、男性の精神科受診率はかなり低く、受診に対して消極的であることがうかがわれる。また、保健師調査では男性の61%、女性の80%が精神科を受診しており、これと比較すると本調査対象については女性の受診率もかなり低いことになる。なお、一般人口における自殺者の精神科受診率は約3割とされ(平岩, 2000)、これと比較すると本調査の数値はかなり高いものといえよう。

**自殺時の治療状況**

自殺した時点で4割の人は「治療中(43%)」であり、精神疾患と自殺の関連の深さを示唆するものがある。また、自殺時に治療を中断しているケースが2割近く(15%)あり、精神科治療継続の困難さをうかがわせる(Table4)。男女別にみると女性のほぼ半数(48%)が「治療中」であったのに対し、男性では36%といくぶ

ん少なく、この点は先の精神科受診歴の数字に近いものであり、保健師調査の結果とも一致している。

**診断名による分類**

自殺者の診断名は「うつ病(29%)」「躁うつ病(2%)」と感情障害が最も多く、そのほとんどが女性であった。次いで「統合失調症(20%)」であるが、これは男性が女性の3倍を超えていた。また、全体の4割(38%)を占める「その他」に分類された回答者の診断名は、高次脳機能障害、肝硬変、大動脈弁膜症、パニック障害、左大臀部頸部骨折、食道癌、子宮癌、外傷性脊髄症、左膝変形関節症などと多岐にわたり、身体的な健康問題を抱えていた人が多いことがうかがわれる。また、自殺との関連が高いとされるアルコール依存は男女各1名で全体の4%しかおらず、この点も興味深い(Table5)。訪問や介護などの活動を通じて支援施設とのつながりを持っている人はある程度孤立から守られ、物質依存との距離を保っているのかもしれない。

**自殺の原因**

自殺の原因について複数回答で尋ねたところ、家族不和(27%)とうつ病(26%)で全体の半数以上を占めた。ついで、生活苦(14%)、身体疾患(11%)が目立ち、これら以外の回答はあまり見られなかった。この順位は保健師調査とほぼ同様であるが、同調査で見られた「事業不振」や「職場の人間関係」「失業」等就労に関する回答がほとんどない点は本データの特徴といえよう。ほとんどが無職という本調査対象の特性から考えて当然と言えば当然の結果ではある(Table6)。

**事前相談の有無**

「自殺直前に本人または家族からの相談があったかどうか」、については未記入のものが多く、あまり参

Table3 精神科受診歴

|    | あり      | なし      | 不明     | 合計 |
|----|---------|---------|--------|----|
| 男性 | 11(38%) | 14(48%) | 4(14%) | 29 |
| 女性 | 16(52%) | 14(45%) | 1(3%)  | 31 |
| 全体 | 27(45%) | 28(47%) | 5(8%)  | 60 |

Table4 自殺時の治療状況(回答のあったケースのみ)

|    | 治療中     | 治療中断   | 治療終了  | 不明      | 合計 |
|----|---------|--------|-------|---------|----|
| 男性 | 8(36%)  | 3(14%) | 0(0%) | 11(50%) | 22 |
| 女性 | 12(48%) | 4(16%) | 0(0%) | 9(36%)  | 25 |
| 全体 | 20(43%) | 7(15%) | 0(0%) | 20(43%) | 47 |

Table5 診断名による分類(複数回答)

|    | うつ病     | 躁うつ病  | 統合失調症  | 人格障害  | 認知症   | アルコール中毒 | 強迫性障害 | 対人恐怖  | その他     | 合計 |
|----|---------|-------|--------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|----|
| 男性 | 1       | 0     | 7      | 0     | 0     | 1       | 1     | 1     | 9       | 20 |
| 女性 | 12      | 1     | 2      | 0     | 1     | 1       | 0     | 0     | 8       | 25 |
| 全体 | 13(29%) | 1(2%) | 9(20%) | 0(0%) | 1(2%) | 2(4%)   | 1(2%) | 1(2%) | 17(38%) | 45 |

Table6 自殺の原因

|    | うつ病     | 家族不和    | 負債    | 身体疾患    | 生活苦     | 職場の人間関係 | 職場環境の変化 | 失業    | 事業不振  | 過労    | その他     | 合計  |
|----|---------|---------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|-------|-------|---------|-----|
| 男性 | 10      | 11      | 2     | 7       | 10      | 0       | 0       | 3     | 0     | 0     | 7       | 50  |
| 女性 | 18      | 18      | 0     | 6       | 5       | 0       | 2       | 0     | 0     | 2     | 6       | 57  |
| 全体 | 28(26%) | 29(27%) | 2(2%) | 13(12%) | 15(14%) | 0(0%)   | 2(2%)   | 3(3%) | 0(0%) | 2(2%) | 13(12%) | 107 |

考にならないが、回答には「なかった」と答えているものがほとんどであった(Table7)。

Table7 事前相談の有無

|    | あり     | なし      | 合計 |
|----|--------|---------|----|
| 男性 | 2      | 9       | 11 |
| 女性 | 1      | 10      | 11 |
| 全体 | 3(14%) | 19(86%) | 22 |

自殺の危機経路

自殺に至る経路に関する回答では、男女ともうつ病などの精神疾患を発端とするものが最も多く(男性10件、女性17件)、その後「家族不和」にいたる「精神疾患→家族不和」の経路が目立つ(男性4件、女性6件: Table8参照)。一方、保健師調査ではこれとは逆に「家族不和→精神疾患」の経路が優勢であったことから、奈良県の一般人口については家族関係の問題がうつ病などの精神疾患の発症につながり自殺に至る

ケースが多く、本調査の対象となったハイリスクグループに関しては精神疾患が家族の不和をもたらす自殺に至る場合が多いと考えることができる。この所見は精神疾患と自殺の関係を理解する一助となるとともに、家族支援の重要性を示唆するものといえよう。実際、支援を必要とする高齢者や精神疾患を有する家族と共に暮らす家人の負担は想像を超えるものがあり(D.オールネス他, 2001)、長期にわたる心身のストレスが家族関係を悪化させることは珍しくない。今後、ハイリスク者への支援と並行して家族への支援も積極的に検討してゆく必要がある。

また、「家族不和」を発端に挙げる報告は女性に多く(9件)、その後「孤立」や「身体疾患」状態に至るケースが目立つ。女性の場合、家族関係の悪化が孤立状態を促進し、身体的健康への配慮を困難にするのであろうか。一方、「生活苦」を経路に含むケースは男性(10件)が顕著に多かった。さらに、身体疾患を経路に

Table8 自殺の経路

| 男性                | 女性         |
|-------------------|------------|
| c(家業の債務)→k(母親の介護) | a→b→d      |
| e→d→b             | a→b        |
| a                 | d          |
| k                 | a          |
| b                 | a          |
| d                 | a→g→j      |
| a                 | k          |
| b→k               | a→b→e→g    |
| a→d               | b          |
| k                 | a          |
| e                 | a→e        |
| a→b→d             | b→d        |
| a→b               | a→k        |
| a→b               | a          |
| c→e→h             | a→d→k      |
| a                 | b→d→e→k    |
| e→b→k             | k          |
| b                 | a→b        |
| a→b→k(幻聴により)      | a→b        |
| a→b→d             | a→b→d      |
| d→e               | b→e        |
| d→e               | a→b→j→k    |
| h→b→e             | d→b        |
| e(統合失調症)          | b          |
| e(統合失調症・対人恐怖症)    | b→k        |
| a→e→h(強迫性障害・うつ病)  | b          |
| k(統合失調症)          | a          |
| k(統合失調症)          | a          |
|                   | d→b→a      |
|                   | a          |
|                   | b(うつ病)     |
|                   | b→e(統合失調症) |

a うつ病、b 家族不和(親子間、夫婦間、離婚の悩み等)、c 負債(多重債務、連帯保証債務、住宅ローン)、d 身体疾患、e 生活苦(将来への不安)、f 職場の人間関係(いじめ等)、g 職場環境の変化(配置転換、昇進、降格、転職等)、h 失業(就職失敗など)、i 事業不振(倒産等)、j 過労、k その他

含むケースは男女とも7件あり、自殺対策における身体的健康への配慮の重要性が改めて確認されたといえよう。

## 研究2

### 「自殺に関する訪問ヒアリング」

自殺事例の詳細な情報を得るため、専門家(臨床心理士)が現地に赴き、研究1のアンケート調査において相談担当ケースもしくはその関係者の自殺を「経験した」と回答した地域包括支援センターのスタッフに半構造化面接法により個別に聞き取り調査を実施した。

アンケートで自殺事例を報告していたスタッフに訪問面接の可否を打診した時点で、職務多忙などを理由に断られる場合が多く、実際に面接ができたスタッフは9名となった。その理由として「そのことについてはあまり話したくない」「私などが自殺について語ってよいものか・・・」など、自殺事例に関して語ることを回避する傾向がうかがわれ、自殺に対する一般的なおとなえ方の一端が示されたという印象を受けた。地域支援や介護施設に勤務するスタッフですら、自らが経験した自殺について多くを語りたがらないという現実は、自殺に対する偏見を払拭する道のりの遠さをうかがわせるものである。

面接に用いた質問内容は「1. 自殺者の性格、感情表現、対人関係、健康状態、生活・勤務の様子、趣味など」「2. 自殺の原因にあたると思われる経路」「3. 自殺前の接触で気になったこと。直前の兆候(言動、荷物整理、薬物の使用など)と思われること」などである。

### 調査対象

地域包括支援センターからの自殺ケースの報告は17件、1人のスタッフが複数のケースを報告した場合があるため聞き取りの該当者は14名であったが、職場の異動や出産・育児休暇などのためこのうち5名の聞き取りができず、残りの9名(女性8名、男性1名、平均年齢40歳、平均経験年数7年)に面接調査を実施した。なお、参考のため、17件の年齢性別に関する情報をTable9に示した。

## 結果と考察

地域包括支援センタースタッフからの聞き取りの結果を以下に示す。自殺者の内訳は男性4名(30歳代、40歳代、60歳代、80歳代)女性5名(40歳代と70歳代各1名、60歳代が3名)であった。

1. 自殺者の性格、感情表現、対人関係、健康状態、生活・勤務の様子、趣味などについて

・自殺者の性格と感情表現の仕方

自殺者の性格に関しては「おとなしい」、「控えめ」、「諦めがち」、「引込み思案」など内向的・消極的な傾向をうかがわせる表現や、「頑固で人を寄せ付けない」といった拒否的な傾向を示す表現が目立ったが、「社交的で活発」など外向的な表現をされるケースもあった。また、感情表出に関しては「起伏が激しい」、「泣き出す」などのコントロールの低下をうかがわせるものや、「他人にはここにこしているが家族には感情をはっきりだす・きつく接する」などの二面性もしくは選択的な感情表出をうかがわせるものがあり、全体としては不安定さを感じさせる報告が多かった。

・対人関係

独居や遠方からの転入、身体疾患などの理由で「周囲とのかかわりが無い・孤立している」や、「あまり話さない」「人を避ける」など周囲からの孤立をうかがわせる報告が優勢であったが、中には「一定の人とよく話す」「友人とウォーキングやハイキングに出かける」など、それなりの対人関係を維持している人もいたようである。

・健康状態/日常の活動/趣味

身体健康上問題のない人(3名)もいれば、脳梗塞(2名)、難病などの疾患を抱えている人、痩せている人(3名)などの報告があり、日常の活動は、閉居状態の人からデイケアや買い物などちょっとした外出が可能な人まで多様であった。趣味も手編み、手芸、折り紙、パソコンなど手作業や、園芸、ペットの世話などの一般的なものの他、飲酒との報告もあった。

・未遂行為

半数以上(男性2名女性3名)が、サランラップを巻く、ビニール袋をかぶる、電気コードを首に巻く、過量服薬などの未遂行為を行っており、中には複数回繰り返

Table9 地域包括支援センターが担当した自殺ケース

|    | 19歳以下 | 20歳代  | 30歳代   | 40歳代  | 50歳代   | 60歳以上   | 不詳    | 合計 |
|----|-------|-------|--------|-------|--------|---------|-------|----|
| 男性 | 0     | 0     | 2      | 1     | 2      | 4       | 0     | 9  |
| 女性 | 0     | 0     | 0      | 0     | 0      | 8       | 0     | 8  |
| 全体 | 0(0%) | 0(0%) | 2(12%) | 1(6%) | 2(12%) | 12(71%) | 0(0%) | 17 |

り返したり(2名), 危篤状態に至るケース(1名)もあった。未遂段階での介入の必要性を痛感する情報である。

・自殺情報入手経路/手段/自殺の経路/周囲への影響

自殺情報の入手経路はスタッフが訪問して確認されたケースや家族・出入り業者からの情報などいろいろであり, 自殺の方法は縊死が多いが過量服薬, 焼身, リストカット等も報告された。自殺の経路には, 身体疾患を含む者3名, うつ気分など精神疾患を含むもの3名, 家族不和を含むもの4名と健康問題と家族不和を含むものが多く, 心身の健康問題, 被害感, 孤立感などの影響は大きいと言える。周囲への影響として, 自殺後家人が転居したケースもあるが, 多くはショックを抱えながらもその地域で生活を続けており, スタッフの動揺も「時間と共に安定していった」とのことであった。

・自殺者とスタッフのかかわり/初回相談から自殺までの期間/援助内容

ケアマネとして職務上の関係(4名)が多いが, 以前の職場からの知り合い(元相談担当者)や電話相談などの関わりもあり, 初回相談から亡くなるまでの期間は49日(先に死亡した夫の49日に自殺)から, 5年くらいまでの範囲をもち, 援助内容は, 訪問, 相談, 生活支援などであった。

・自殺対策と予防手段について

今後の実対策や予防手段に関する意見として「病院の待ち時間が長い。予約がとりにくく, 状態が悪い時に数日から数ヶ月待つのは辛い」など, 医療機関の利用しやすさ(accessibility)を求める声や, 「本人は話をすることが好きな人だったため, 保健所へ電話した際病院以外のすぐに話ができる場があればよかった。また, そういう場を積極的に教えてほしい」など相談機関の充実・情報提供を求める声が聴かれた。

・聞き取り内容のまとめ

自殺者の家族背景や生活状況などは実に多様で, 共通性を見つけるのは難しい。性格や感情表現も内向・外向の両タイプが報告されており, いずれかに偏るというわけでもなく, 総じて「不安定」という印象以外に特別な所見はない。ただし, 対人関係に関しては周囲からの「孤立」をうかがわせる報告が優勢であった。

また, 全体の6割にあたる人が過去に未遂行為を行っている点は, 未遂者への介入の重要性を改めて示唆するものであろう。自殺のリスクファクターとして未

遂行為は極めて重要なものであり, 過去の未遂行為への注目は今後の自殺企図を予測するうえで有益な情報を提供してくれるに違いない。

一方, 遺族のほとんどは家族の自殺による心理的なダメージを抱えながらも従前の居住地に住み続けており, 地域における自死遺族支援事業の推進が期待される場所である。自死遺族が自殺ハイリスクグループにあることは知られているが, 自殺発生直後はもちろん, 年月が経過した後も自死遺族への配慮を怠らないことは重要である。自死遺族支援相談で遭遇する家族の中には10数年前の親族の自殺経験を語る人もあり, 悲嘆に対処する作業の困難さを痛感させられることもある。グリーフケアの必要性が叫ばれる背景にはこのような事実があることを忘れてはならない。

またスタッフから, 医療機関や相談機関利用のしやすさ(accessibility)向上の要望があがっている点は, 先に挙げた, 地域に置ける「未遂者への介入」, 「自死遺族支援」事業の推進と並行して早急な対応が求められる場所である。

## 総合考察

本研究は奈良県における自殺の実態を明らかにする作業の一環として, 自殺のハイリスクグループとされる高齢者と精神障害者の自殺の状況を明らかにするために実施された。保健師を対象として行われた調査(神澤, 2013a)に続き, 地域で活動する相談・介護施設(地域包括支援センター, 訪問介護事業所, 精神障害者支援事業所)のスタッフを対象に, 郵送により業務を通じて経験した自殺ケースに関するアンケート調査(研究1)を行い, 担当ケースの自殺経験を有すると回答した者に関しては半構造化面接によりさらに詳細な情報の聴取(研究2)を実施した。その結果, 711施設中364施設, 合計545名のスタッフから回答があり, 60件の自殺ケースに関する情報が得られた。各スタッフの経験年数が正確に把握されていないため頻度に関しては言及できないが, 回答者の11%が自殺ケースを報告しており, これらの施設ではスタッフの10人に1人が自殺事例と遭遇したことは間違いのない。回答が得られていない施設の数を考慮すると実際には, より多くの自殺が発生している可能性も否定できない。

本調査では全年代を通じて自殺者数の男女差があまりなかったこと, 60歳代以上の高齢者層に続いて30歳代の自殺者数が多いことなど, 一般人口のプ



プロフィールとは異なる特徴的な傾向が認められた。その背景要因の特定は難しいが、今回調査対象となった、地域で相談や介護等の支援を利用する人のグループにおいては、女性や30歳代における自殺リスクへの配慮が一般人口よりさらに重要であることをうかがわせる結果ではある。自殺の危険性は「生きづらさ」の程度に応じて高まると考えられるが、本結果は今後、奈良県が自殺対策のターゲットとしてゆくべきグループのヒントを提示してくれたとみることができる。また、50歳代においてのみ男性が女性の自殺者数を上回っており、この年代の男性が一般人口同様に自殺の危険性の高い年代であることに変わりはない。一方、職業や居住形態など日常生活に関する事項に関しては、「就労していないこと」や「独居」状態にあることが自殺の危険性を高めることが示唆されたが、「親との同居(男性)」や「2世帯以上の大家族(女性)」でもそれに準ずる危険性が示されたことも重要な所見といえよう。また精神医療との関係に関して、男性の受診率が低いこと、半数近くが「治療中」であったこと、全体の3割が「うつ病」などの感情障害の診断を受け、その大半は女性であったことに加えて4割近くが肝硬変や癌などの重篤な身体疾患を有していたことも忘れてはならない。さらに、自殺の経路において、「精神疾患」を発端とし、その後「家族不和」に至るケースが多く、これらの事実は一般人口における自殺動機の第1位を占める健康問題が本調査対象においても自殺と深く関連していることをうかがわせるものであり、心身両面にわたる「健康問題」への注目が自殺予防に直接つながることを示唆するものである。

研究2において、施設利用者の自殺に関するプロフィールが示された。自殺者の性格については「内向的・消極的な傾向」をうかがわせる表現や、「他者を寄せ付けない拒否的な傾向」を示すなどの表現が目立ち、感情表現の仕方は「コントロールの低下や不安定さ」をうかがわせるものが多く、対人関係では「周囲からの孤立」をうかがわせる報告が優勢であった。これらの要因がどのように作用しあっているのかについては詳らかではないが、内向的・拒否的な性格傾向や感情の不安定さが周囲との孤立を深め、支援の道が閉ざされた結果として自殺に至る場合も少なくないのではないかと推測は許されるであろう。また脳梗塞や難病、るい瘦など健康上の問題を抱えている者が多く、その結果として外出困難や閉居状態となっているケースなどから、身体的健康への配慮が自殺予防に有益であることがうかがわれた。さらに自殺者の半

数以上が未遂歴を有している点は未遂者対応の重要性を示すものであり、この所見も今後の対策に反映させてゆく必要がある。一方、自殺対策や予防に関するスタッフの意見では、「医療機関の利用しやすさ(accessibility)」を求める声や、「必要な時すぐに話ができる場」など相談機関の充実を求める声が聴かれた。

すでにゲートキーパー研修などの形で、県内各地で自殺に関する予防啓発活動が展開されているが、本調査の過程で面談を望まなかったスタッフの数は自殺に対する人々の意識を反映するものであり、今後引き続いて啓発活動を継続してゆく必要性を示すものである。同じ死でありながら自殺だけが特別に扱われ、口にすることをはばかれるといった風潮は、洋の東西を問わず現在も続いている。この点を改善することができれば、自殺を考えている人が自らの気持ちを語る可能性が開けるだけでなく、自殺によって大切な人を失った人々のケアにつながることは疑いない。

一方、アンケート調査で回答された自殺事例の一部に関して、担当スタッフとの面談の承諾を得られなかったため、面接調査ケース数が限られたものになったことは本研究の価値を制限するものといわざるを得ない。今後、心理学的剖検のような、より踏み込んだ調査を進めることにより、さらに詳細な自殺者のプロフィールが特定され、奈良県の自殺の実態やその背景要因が解明されることを切に望むものである。

## 文献

- 飛鳥井望(1994). 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い生糸手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討—精神神経誌,96,415-443.
- 張賢徳(2006). 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの 勉誠出版
- D.オールネス・W.ケネードラー著・亀島信也・神澤創監訳(2001). PACTモデル 精神保健コミュニティケアプログラム メディカ出版
- 平岩幸一, 阿部すみ子, 福岡耕太郎(2000). ストレスと自殺—自殺者の遺族から見た自殺者のストレスについて ストレス科学14(4), 285-292.
- 石井敏弘(2003). 特集 地域に置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 第52巻第4号, 261-271.
- 自殺実態解析プロジェクトチーム(2008). 自殺対策実態白書【第2版】特定非営利法人自殺対策支援センター
- 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会(2008). 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する

- る検討会報告書 厚生労働省  
 自死遺児編集委員会あしなが育英会編(2002).  
 自殺って言えなかった。サンマーク出版  
 加我牧子(2009). 心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究 平成21年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 厚生労働科学研究ところの健康科学研究事業 厚生労働省  
 神澤創(2009).自殺対策関連事業 蓮花一巳・三木善彦編 帝塚山大学出版叢書 こころのケアとサポート, 125-147.  
 神澤創・中村吉代茂・村田清・金子英明・三木洋子・生田明子(2012) 保健師の経験した自殺事例に関する調査—アンケートと聞き取りによる— 第36回日本自殺予防学会総会抄録集, 140  
 \*\*\* (2013a). 奈良県の自殺対策(1)—保健師を対象とする調査— 帝塚山大学心理学部紀要 第2号 75-85  
 神澤創・中村吉代茂・村田清・金子英明・三木洋子・生田明子(2013). 奈良県の自殺関連要因に関する調査「こころの健康に関する意識調査」をもとに 第37回日本自殺予防学会総会抄録集, 103  
 川上憲人・竹島正・高橋祥友(2006). 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析 平成18年度 厚生労働科学研究ところの健康科学研究事業. 「自殺の実態の基づく予防対策の推進に関する研究」 分担執筆者報告  
 自殺対策支援センター ライフリンク(2013). 自殺実態白書2013(第1版).  
 内閣府(2012). 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～  
 内閣府(2012). 平成25年度版自殺対策白書  
 内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局企画課 (2013).平成24年中における自殺の状況  
 奈良いのちの電話「死にたい声に寄り添って」編集委員会(編)清水新二(監修)(2012). 死にたい声に寄り添って 社団法人奈良いのちの電話協会  
 奈良県 (2011). 平成23年度自殺対策意識調査報告書  
 奈良県自殺対策連絡協議会(2012). 奈良県の自殺死亡率低位検証について 奈良県医療政策部保健予防課  
 奈良県精神保健福祉センター(2011). 奈良県の自殺の現状と当センターの取り組み  
 戦略研究企画・調査専門検討会(2012). 厚生労働省科学研究費における戦略研究 戦略研究の手引き  
 高橋邦明他(1998). 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, 100, 469-485.  
 高橋祥友(1999). 青少年のための自殺予防マニュアル 金剛出版  
 高橋祥友・竹島正編(2009). 自殺予防の実際 永井書店  
 全日本断酒連盟(2008). アルコール依存症と自殺(自殺対策意見交換会記録)「かがり火」別冊

## Measures to Prevent Suicide in Nara Prefecture (2)

: Study Conducted in the Facilities for the Elderly and Those with Mental Health Disorders

Tsukuru KAMIZAWA

### Summary

In order to assess the current situation of suicide among high-risk populations of the elderly and those with mental health disorders, a study was conducted using questionnaires and semi-structured interviews with staff from comprehensive community health centers, home-visit nursing care facilities and support centers for those with mental health disorders in Nara prefecture. Information on 60 cases in which clients completed suicide was obtained. Results show that more women than men completed suicide, and that those in their 30's are at a higher-risk of suicide, trailing only those who are in their 60's. For professions, except for "house wife" among women, the status "unemployed" consists of most of the cases. Most clients lived alone, but there were a considerable number who lived with multiple family members or with their married partners. About half of them had sought mental health treatment, 43 % were receiving treatment at the time of suicide, and depression was listed as the primary diagnosis. Slightly more than half of the suicides were attributed to "dysfunctional family relationships (27%)" and "depression (26%)." The process that led to suicide observed in many cases was "clients having mental illness, which caused dysfunctional family relationships." The result of the interviews indicates that emotional instability, social isolation, prior multiple suicide attempts and physical problems are some of the common factors in the suicide cases. Most of the surviving families continue living in the same residence after the suicide. Additionally, some staff expressed the need for improving the accessibility of medical care facilities as well as increasing the number of counseling services.

Keywords: Suicide prevention, High-risk group, Counseling facilities