

## 第2章

---

### 自殺の背景要因と自殺リスクが疑われる人の 特性の理解

## 第2章 自殺の背景要因と自殺リスクが疑われる人の特性の理解

### 1 自殺の危険因子

自殺<sup>注1)</sup>の危険性を高める要因を危険因子と呼ぶ。自殺が起こる背景として、時に1つの危険因子(たとえば経済的問題)のみがクローズアップされ、あたかもそれだけが自殺の原因であるかのように解釈されることがある。しかし、自殺は何か1つの要因のみで起こるものではないと言われている。複数の危険因子が複雑に絡み合い、それが人々の自殺の危険性を高めるのである(図2-1参照)。もちろん要因は人により異なるし、その絡み合い方も人により違う。そのためそれら要因を軽減して自殺予防につなげるためには、保健医療、福祉、教育、経済、司法など領域を越えた連携と協働が必要なのである。社会福祉士としては、自殺のリスクが疑われるクライアントの複雑な生活状況や自殺のリスクを包括的にアセスメントし、フォーマル・インフォーマルな社会資源の活用とともに、多職種・多機関との連携し、クライアントと共に問題解決していくことが求められよう(小高 2012)。

World Health Organization(WHO:世界保健機関)は2014年に初めての世界自殺レポート<sup>注2)</sup>を発表した。その中で紹介されている自殺の危険因子について表2-1で整理した。WHOの報告書では、主な危険因子を、個人、人間関係、地域、社会、保健医療システムのレベルに分類している(自殺予防総合対策センター 2014, p. 12)。これらの危険因子は主なものであり、あくまでも一つの指標にすぎない。日本ではなじみが薄いものもあるかもしれない。本章では、数多く報告されている自殺の危険因子から、WHOの世界自殺レポートの中で、「個人」の領域に分類されている、(1)「過去の自殺企図」、(2)「精神障害」、(3)「失業もしくは経済的損失」、(4)「慢性疼痛」について解説を加えたい。なお本章では、「アルコールの有害な使用」は「精神障害」の中で、「失業もしくは経済的損失」は「経済的損失」として、「慢性疼痛」については「身体疾患・慢性疼痛」として解説する。

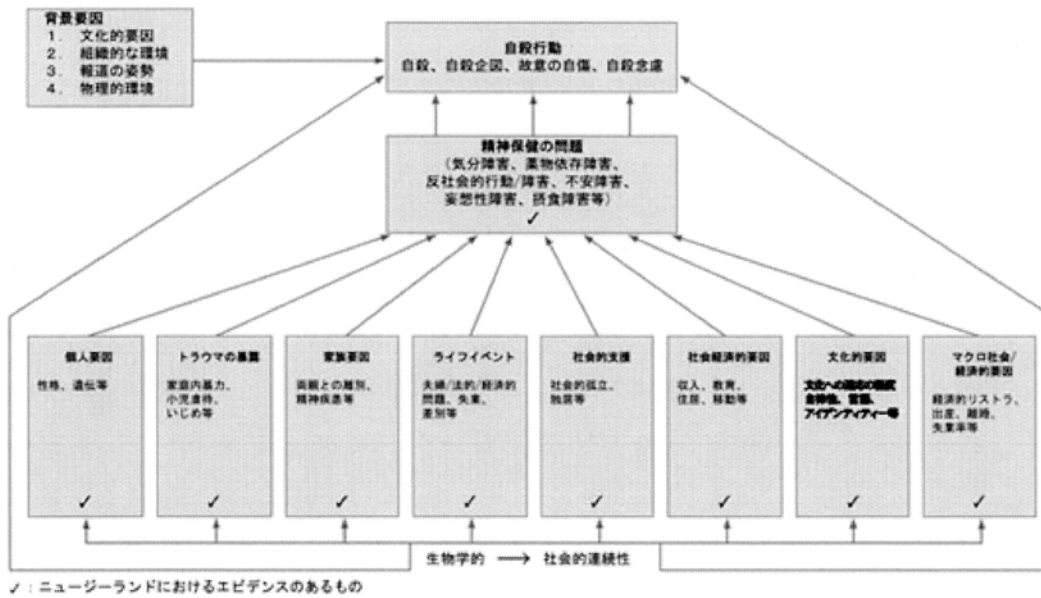
<sup>注1)</sup> WHOによる世界自殺レポートでは、自殺は、「故意に自ら命を断つ行為」としている(自殺予防総合対策センター 2014, p. 12)。また自殺企図は、「非致命的な自殺関連行動を意味し、死ぬ意図があったか、結果として致命的なものかどうかに関わらず、意図的な服毒や損傷、自傷行為を指す」としている(自殺予防総合対策センター 2014, p. 12)。それにより自殺企図には、自殺の意図がない非致命的な自傷行為も含まれることになる。自殺の意図には両価性(本章3『自殺を考えている人の心理状態』を参照)やそれを隠すなど確認が困難なケースがある。また、自殺の意図のない自傷行為で死に至ったり、最初は意図にもとづく自殺企図であっても、最終的には死を望まずに死亡するケースなども自殺死亡となる。自殺の意図のある自傷行為と自殺の意図のない自傷行為がどの程度の割合なのかを判断することが困難であるため、自殺企図に自傷行為も含む前述のような定義とするとWHOは世界自殺レポートの中で解説している。本章においても、概ねこれらの定義に基づくものとする。ただし、本章執筆にあたり参考にした論文等の文献中で、自殺企図ではなく「自殺未遂」や「自

傷行為」と表記している場合は、本章中でも適宜、それら表現を使用することとした。

注2) WHO は 2014 年 9 月 4 日、はじめての世界自殺レポートである “Preventing Suicide : A global imperative” を公表し、その日本語版は自殺予防総合対策センターが監訳して “自殺を予防する：世界の優先課題” (自殺予防総合対策センター 2014) として同日に公表された。同レポートは、系統的なレビューやデータ収集、この領域に関連する世界の専門家のコンセンサスを得て作成された。その目的は、「①自殺は公衆衛生上の重要な課題という認識を向上させること、②自殺予防を世界的な保健の課題として優先させること、③自殺ハイリスク者について、各国に効果的な取組みを奨励し支援すること、④自殺予防に関する科学的根拠に基づく提案をおこなうこと、⑤国際的および国内における支援協力を呼びかける」(竹島・小高 2015, p.22) とされている。読者は、保健担当省、政策立案者、計画担当者、社会活動家、NGO、学識経験者、研究者、保健従事者、メディア、一般大衆を想定している。日本語版の冊子は WHO のホームページ内の下記 URL からダウンロードが可能である (2017 年 11 月現在)。

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/5/9789241564779\\_jpn.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/5/9789241564779_jpn.pdf?ua=1)

図 2-1 自殺行動に至る経路



出典：稲垣、山田 2010, p.6

表 2 - 1 自殺の主な危険因子

領域	危険因子	説明
保健医療システム	ヘルスケアへのアクセスの障壁	■自殺の危険の低減には、ヘルスケアへの適時かつ効果的なアクセスは欠かせない。
社会	手段へのアクセス	■手段への直接のアクセス、もしくは手段(農薬、銃器、高所、線路、毒物、医薬品、車の排ガスや木炭等の一酸化炭素源、そして他の低酸素・有毒ガスを含む)が身近にあること。
	不適切なメディア報道	■有名人の自殺を根拠もなくとりあげること、自殺や群発自殺に使用された通常では用いられない手段を報道すること、使用された手段に関する写真や情報を紹介すること、あるいは危機や逆境への容認可能な対応として自殺を正常化することは、不適切なメディア報道にあたる。 ■インターネットやソーシャルメディアは、自殺関連行動を扇動したり助長することに関係している。
	援助希求行動と関連するスティグマ	■自殺関連行動、メンタルヘルス問題、物質乱用や他の情緒的ストレスに関する援助希求行動へのスティグマは、多くの社会に存続し、人々が必要としている援助を受ける際の重大な障壁となりうる。
地域	災害、戦争、紛争	■自然災害、戦争や内戦の経験は、社会的に満たされた状態(Social Well-being)、健康、住居、雇用、そして経済的安定に破壊的なインパクトをもたらす。
	異文化への適応と強制移動のストレス	■先住民や、亡命希望者、難民、拘留所に入っている人々、国内で強制移動させられた人々、新しい移民等を含む多くの脆弱性の高い集団の自殺の危険を有意に高くする。
	差別	■収監中や拘留中の人々 ■レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックスであると同定された人々 ■いじめ、ネットいじめ、仲間いじめの影響を受けた人々 ■難民、亡命希望者、移民 等
	トラウマもしくは虐待	■トラウマもしくは虐待は、情緒的ストレスを増加させ、既に脆弱性の高い人々のなかでは、うつ病や自殺関連行動の引き金となりうる。 ■幼少期の家族の逆境(身体的暴力、性的・精神的虐待、ネグレクト、不当な扱い、家族の暴力、両親の別居や離婚、施設や福祉におけるケア)の経験
人間関係	孤立感および社会的支援の不足	■パートナー、家族、仲間、友人そして重要な他者にあたる人々から分断された感覚を持つときに孤立が起きる。 ■孤立感は、負のライフイベントや他の心理的ストレスを親しい人と分かち合えないときに生ずることが多い。 ■とりわけ独居の高齢者にとっては、社会的孤立感や孤独感は自殺の重要な寄与因子となりうる。
	人間関係の葛藤、不和、喪失	■人間関係の葛藤(例えば、離別)、不和(例えば、子どもの親権争い)、喪失(例えば、パートナーの死)は、悲嘆や状況的的心理的ストレスとなる可能性があり、自殺の危険の増大と関連する。 ■不健全な人間関係も危険因子となりうる。女性に対する性暴力を含む暴力は一般的に起こることであり、その多くが親密なパートナーによる。
個人	過去の自殺企図	■将来の自殺の危険の最大の指標は、過去における1回以上の自殺企図である。
	精神障害	■自殺関連行動と最も関連のある精神障害はうつ病とアルコール使用障害である。
	アルコールの有害な使用	■アルコールや他の物質使用が、他の精神障害と併存すると、自殺の危険性はさらに高まる。
	失業もしくは経済的損失	■失業、家の差し押さえ、そして経済的不安定は、抑うつ、不安、暴力そしてアルコールの有害な使用等の他の危険因子が併存するとき、自殺の危険を高める。
	絶望	■「将来」「動機」「期待」の喪失。
	慢性疼痛	■痛み、身体的能力障害、神経発達障害や苦痛等を伴う疾患はすべて自殺の危険を高める。これらは、がん、糖尿病 とHIV/AIDSを含む。
	自殺の家族歴	■家族や地域メンバーの自殺は、人生にとりわけ破壊的な影響をもたらす。 ■悲嘆に加えて、死の性質が、家族や愛する人にとって、ストレス、罪悪感、恥、怒り、不安や心痛を引き起こすかもしれない。(スティグマが援助希求行動を妨げる可能性あり)
遺伝学および生物学的因子	■低レベルのセロトニンは、気分障害、統合失調症やパーソナリティ障害を有する患者の深刻な自殺企図と関連する。	

出典：自殺予防総合対策センター 2014, pp. 28~45 を元に作成

## (1) 過去の自殺企図

過去の自殺企図は将来の自殺の最大の危険因子である。その行為ではただちには死に至らないような致死的ではないリストカットや過量服薬といった自傷行為を行う人も、そのような行為がない人と比較すると、将来的に自殺で命を落とす可能性が高い。自傷行為・自殺未遂を行った人が1年後に自殺で亡くなる割合は、0.5%~2%、9年後の自殺既遂割合は5%以上、また、そのような行為を行った人は一般人口に比べて、将来自殺で亡くなる確率は数百倍とも報告されている (Owen ほか 2002)。クライアントの自殺リスクが疑われる際は、その人の自殺リスクがどの程度高いかを判断するリスク評価としても、過去の自傷行為や自殺未遂について情報収集することが重要である。

自殺企図には、カタルシス効果があるといわれている (高橋 2014)。自殺企図前の身体的緊張や否定的な感情が、企図により緩和されることを指す。企図後のクライアントは、何事もなかったかのような明るさを見せたり、深刻さが感じられなかったり、まるで「狂言自殺」かのような印象を与えることもある。しかし、生きづらい状況は何も変わらないだけでなく、自殺未遂による後遺症や周囲からの偏見の高まりなどにより状況が更に悪化し、再企図のリスクが高まる可能性もある。そのためこのようなカタルシス状態には留意しなければならない。

前述の通り、自殺企図は将来の自殺既遂につながる可能性が高く、再企図を予防する支援や取組みが重要となる。わが国では「自殺対策のための戦略研究」(厚生労働科学研究費補助金)の一環として、「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果:多施設共同による無作為化比較研究」(ACTION-J)が実施された (Kawanishi ほか 2014)。この研究では、自殺未遂者に対する支援プログラム (ケース・マネージメント)が開発され、その効果が多施設共同無作為化比較試験により検証された。その結果、ケース・マネージメントは、自殺未遂者の自殺再企図を長期間抑止することはできなかったものの、6か月間は抑止することが可能であることが明らかとなった。特に、女性、40歳未満、過去の自殺企図歴があった自殺未遂者により効果的であった。本研究結果から、2016年度に「救急患者精神科継続支援料」<sup>注3)</sup>の診療報酬算定要件が新設された。これには社会福祉士による当該支援も診療報酬加算されることになっている。

一人の自殺者あたり20人の企図者がいると言われている (自殺予防総合対策センター 2014)。社会福祉士は、医療機関だけではなく地域の事業所においても企図歴のあるクライアントの支援にたずさわる可能性が十分にあるだろう。実際、東京社会福祉士会員を対象とした調査研究では、調査に回答した社会福祉士の約7割が、業務上、自殺関連行動 (自殺既遂、自殺企図、自殺念慮)のあるクライアントと何かしらの関わりがあったと報告しており、そのうちの約半数が自殺企図歴のあるクライアントとの関わりであった (Kodaka ほか 2013)。社会福祉士として、効果的な自殺未遂者支援についても理解しておくことが肝要であろう<sup>注4)</sup>。

注<sup>3)</sup> (1) 救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者若しくは社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、気分障害、適応障害、統合失調症等の精神疾患の状態にあるものに対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。

(2) 「1」については、精神科医の指示を受けた看護師等が指導等を行う場合には、あらかじめ、当該精神科医が週に1回以上診察している必要があること。

(3) 「2」については、精神科医又は当該精神科医の指示を受けた看護師等（いずれも入院中に当該患者の指導等を担当した者に限る。）が、電話等で1月に2回以上の指導等を行った場合に1回算定することとし、退院から6月に6回に限り算定する。なお、指導等を実施した月の翌月以降に外来を受診した際に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

(4) 指導等の内容の要点を診療録等に記載すること。

注<sup>4)</sup> 具体的には、『精神科救急ガイドライン 2015』「第5章自殺未遂者対応」等も参考になる。同ガイドラインは日本精神科救急学会のホームページ内の下記 URL からダウンロードが可能である（2017年11月現在）。

[http://www.jaep.jp/gl\\_2015.html](http://www.jaep.jp/gl_2015.html)

## (2) 精神障害

精神障害は自殺の大きな危険因子の一つである。自殺既遂者の多くは、自殺直前に何かしらの精神疾患の診断がつく状態にあったと報告されている（Arsenault-Lapierre ほか 2004; Bertolote ほか 2004）。たとえば Arsenault-Lapierre ら(2004)の研究では、9割近い人に自殺で亡くなる直前に何らかの精神疾患の診断に当てはまる状態にあったのではないかと推測され、そのうち 43.2%に大うつ病性障害（以下、うつ病とする）や双極性障害が、25.7%にアルコールや薬物乱用または依存といった物質関連障害が、16.2%にパーソナリティ障害、9.2%に統合失調症を含む精神病性障害であると報告されている。ただし、精神障害を持つ人の全てが自殺を考えたり行動したりするわけではないことや、自殺で亡くなる人の全てが精神疾患を有するわけではないことも合わせて理解しておくべきである。

### ① 大うつ病性障害（うつ病）

前述のとおり、自殺で亡くなった人の中で最も数が多いと推定されるのはうつ病である。うつ病のある人が自殺で亡くなるリスクは21倍 (Harris・Barraclough 1998)、CoryellとYoung (2005) によるとうつ病の患者の約4%が自殺で亡くなり、特に男性や自殺リスクのために精神科入院治療が必要だった人のリスクが最も高かったと報告している。

DSM-5 (日本精神神経学会 2014) <sup>注5)</sup> による大うつ病性障害の診断基準は、下記の通りである。

A. 以下の症状のうち5つ以上が2週間間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは①の抑うつ気分、または、②の興味および喜びの喪失である。

注意：明らかに他の医学的な疾患に起因する症状は含まない

① その人自身の言葉 (例：悲しみ、空虚感、または絶望を感じる) か、他者の観察 (例：涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分

注意：子どもや青年ではイライラして怒りっぽくなっている気分もあり得る

② ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退 (その人の説明、または他者の観察によって示される)

③ 食事療法をしていないのに、体重減少、または体重増加 (例：1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の食欲の減退または増加

注意：子どもの場合、期待される体重増加が見られないことも考慮に入れる

④ ほとんど毎日の不眠または仮眠

⑤ ほとんど毎日の精神運動焦燥 (イライラ・あせり・むしゃくしゃすること) または制止 (衝動や意欲、自発性を失うなど)。(これらは他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)

⑥ ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退

⑦ ほとんど毎日の無価値観 (自分には価値がないと思うこと)、または、過剰、不適切な罪責感 (妄想的であることもある。単に自分をとがめること、または病気になったことに対する罪悪感ではない)

⑧ 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる (その人自身の説明による、または他者によって観察される)

⑨ 死についての繰り返し考える (死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが繰り返される自殺念慮、または自殺企画、または自殺するためのはっきりとした計画

B. その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

C. その症状は物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものでない。

注意：親しい人やペットなどを亡くした喪失体験時の悲しみ時には、上記のような反応が見られることがよくあるが、正常な悲哀とうつ病とは慎重に区別すべき

D. 抑うつエピソードは、統合失調感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、または他の特定および特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群によってはうまく説明されない。

E. 躁病エピソード、または軽躁病エピソードが存在したことがない。

うつ病は、極度な気分の落ち込みなど心理面だけでなく、食欲や睡眠の問題、倦怠感など、身体症状にも表れることがよく知られている。身体の不調を訴え続けるクライアントが、身体の検査を受けても特に身体的疾患が明らかにならない場合は、うつ病も疑い、クライアントを精神科や精神保健福祉センター等の専門家に相談・受診することをすすめる必要があるかもしれない。

注5) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; 邦題 : 精神障害の診断と統計マニュアル) は、精神障害を分類するための基準を示すものであり、アメリカ精神医学会により出版されている。WHO による「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」 (= ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (融ほか 2005) とともに、国際的に広く用いられている。ICD は、死因や疾病の国際的な統計基準であり、アルファベットと数字で分類されている。アルファベットが全 21 から構成される大分類 (U を除く) で、続く数字が中分類である。精神障害は、第 5 章 (F00-F99) の「精神と行動の障害」に分類されている。DSM および ICD のどちらも具体的な診断基準が設けられている。2017 年 11 月時点で最新の DSM は第 5 版で DSM-5 として知られ、2013 年 5 月に出版された。日本語訳は翌年年 6 月に出版された。また、最新の ICD は、1990 年の第 43 回世界保健総会で採択された第 10 版の ICD-10 である。

## ② アルコールの有害な使用

次に、自殺既遂者で二番目に多い物質関連障害のうち、アルコール乱用や依存について概観する。アルコールには様々な負の影響があり、自殺とも強い関連がある (表 2-2 参照)。アルコール乱用や依存への罹患は、将来の自殺のリスクを 60~120 倍も高めると報告されている (Murphy 1990)。先行研究においては、依存症専門医療機関におけるアルコール使用障害患者の自殺企図の割合は約 3 割 (松本ほか 2000 ; 松本ほか 2009)、全国の断酒会員を対象とした調査では、対象者の自殺の計画や自殺企図の経験率は約 2 割 (赤澤ほか 2010) だった。更に、自殺既遂者からアルコールが検出される割合は、国内の研究では約 33% (伊藤・伊藤 1988)、海外の研究では約 37% (Cherpitel ほか 2004) と、自殺で亡くなる人の 3 割以上が、自殺行動に及ぶ前に飲酒していたことが明らかとなっている。



表 2-2 アルコールの負の影響

## アルコールの負の影響

アルコールとうつ、自殺にはつながりがあります

---

アルコールは不眠症を悪化させ、それまで普通に眠れていた人まで不眠症にしてしまうことさえあります。眠れないのであれば、専門医に睡眠薬の服用について相談しましょう。アルコールの依存性は睡眠薬の依存性よりはるかに強力です。

---

アルコールは思考の幅を狭め、自暴自棄な結論を導き出しやすくさせます。悩みを抱えているときに、飲みながら物事を考えるのはとても危険なことです。

---

アルコールはうつ病を悪化させ、健康な人にもうつ病を引き起こします。酔っているあいだは気持ちが多少和らいだ気がしても、酔いから覚めた後には、前よりも気分の落ち込みが悪化します。

---

アルコールは抗うつ剤の効果を弱め、予期しない副作用を引き起こすことがあります。精神科で投薬治療を受けている人は飲酒すべきではありません。

---

アルコールの酔いは自殺を引き寄せます。アルコール依存症だけが問題なのではありません。一日、日本酒換算で2合半以上の飲酒は自殺のリスクを高めることが知られています。

---

出典：自殺予防総合対策センター『のめばのまれる』

わが国における心理学的剖検研究<sup>註6)</sup>においては、自殺死亡時にアルコールの問題を抱えていた人は、全死亡事例 76 例中 16 例 (21.1%) で、全員が男性で、40・50 代の比率が高かった (赤澤ほか 2010)。また、アルコール問題を抱えていた事例群は、ほぼ連日飲酒かつ一回の飲酒量が純アルコール換算約 72 g (日本酒で約 3.6 合) と、習慣的な多量飲酒が伺えた。16 例中 13 例で、自殺死亡時にアルコール依存もしくは乱用の診断が可能であると判断され、そのうち 6 例に大うつ病性障害の合併が認められた。アルコール問題のあった人の約半数に精神科の受診歴があり、半数に医師やその他の専門家への援助希求が認められたが、アルコールに関する問題を相談した人は一人もいなかった。

WHO は、アルコールの有害な使用の早期発見や介入、また有害な使用を低減するための政策が自殺予防に重要であることを強調している (自殺予防総合対策センター 2014)。2010 年 5 月の第 63 回 WHO 総会で、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」 (=Global strategy to reduce harmful use of alcohol)<sup>註7)</sup> が全会一致で採択された (WHO 2010)。わが国においても、2013 (平成 25) 年 12 月に「アルコール健康障害対策基本法」が成立、

2014（平成 26）年 6 月に施行、また、基本法に基づき、2016（平成 28）年 5 月に「アルコール健康障害対策推進基本計画」が策定された。このように不適切な飲酒によるアルコール健康障害への対策が進んできた。2017（平成 29）年 7 月に改訂された、自殺総合対策大綱においては、うつ病以外の自殺の危険因子である疾患にアルコール健康障害もあげられている。同大綱には、アルコール健康障害対策基本法等に基づく取り組みや、他の生活上の問題との関連も踏まえた、治療や支援のための体制整備、様々な関係機関・関係団体のネットワーク構築や自助活動への支援が国の重要施策として明示されている。アルコール関連問題と自殺予防に今後一層、積極的な取り組みが求められている。

社会福祉士としても、クライアントの飲酒状況をアセスメントし、アルコール問題に気づき、必要に応じてクライアントが専門的な治療や支援を受けられるような支援を実施することが期待されたいよう。アルコール問題について簡便に確認できるチェック表は、クライアントとの面接場面でも活用できるであろう（表 2-3 参照）。また、健康を害するような飲酒行動ではなくとも、ストレスなどをアルコールで紛らわそうとするような対処法ではなく、「より前向きな対処方略」（本章表 2-4 『主な自殺の保護因子』参照）を選択できるような支援を展開することが必要であろう。

表 2-3 チェックリスト

## チェックリスト

【C.A.G.E.】こんなことはないですか？

1	あなたは今までに、自分の酒量を減らさなければいけないと感じたことがありますか？ (Cut down)
2	あなたは今までに、周囲の人に自分の飲酒について批判されて困ったことがありますか？ (Annoyed by criticism)
3	あなたは今までに、自分の飲酒についてよくないと感じたり、罪悪感をもったことがありますか？ (Guilty feeling)
4	あなたは今までに、朝酒や迎え酒を飲んだことがありますか？ (Eye-opener)

もしも 2 項目以上あてはまるのであれば、たとえきちんと仕事ができているとしても、また、健康診断で肝臓の機能が正常だといわれていたとしても、あなたのアルコールの飲み方は問題があります。専門医に相談されることをお勧めします。

出典：自殺予防総合対策センター『のめばのまれる』

注6) 心理学的剖検とは、故人をよく知る家族や友人など、周囲の人々から情報を収集することで、亡くなった方の生前の様子や状態を明らかにするための調査手法の総称である（小高ほか 2014）。自殺が起こる要因や背景を把握するためには、いくつかの研究手法があるが、比較的短時間で個別事例の詳細な情報収集が可能な心理学的剖検は、他の手法にはない利点があることから、自殺の実態を把握する方法として、これまでに世界各国で第一に選択されてきた調査手法である。わが国では国立精神神経・医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター（2017年度組織改変）が中心となり、2015年度まで大規模な調査が実施されていた。同研究では症例対照研究も実施された。同症例対照研究では、自殺死亡者と性別・年齢・居住地を一致させた、生存一般住民に同じ様な調査に協力を依頼し、自殺死亡者との違いについて比較した。症例対照研究は、ある要因が本当に自殺リスクを高めるかを同定するために重要な研究手法である。

注7) 2004年には、世界で約250万人がアルコール関連の原因で死亡している。アルコールの有害な使用は、世界の健康障害のリスク要因として第3位にあげられており、個人や家族に多大なる影響を与え、社会生活を破壊することもある。アルコールは、様々な非伝染性疾患における回避が可能とされる主な危険因子であり、一部の感染性疾患とも関連すると言われている。交通事故や暴力、自殺、傷害とも関係が深い。このような、アルコールの有害な使用による社会的な影響と健康への悪影響の低減にむけ、『アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略』（=Global strategy to reduce harmful use of alcohol）が採択された。日本語版の冊子はアルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク（アル法ネット）のホームページ内の下記URLからダウンロードが可能である（2017年11月現在）。

<http://alhonet.jp/pdf/who2010.pdf>

### ③ 睡眠障害

睡眠の問題がある人はない人に比べ自殺のリスクが21.6倍も高いことが予測されている（Kodakaほか2014）。睡眠問題はうつ病などの精神疾患の一症状であることも多いが、精神疾患の有無に関わらず、睡眠の問題がある場合は、直接的に自殺のリスクを高めることも明らかになっている。特に、睡眠問題に加えその他の自殺の危険因子を持ち合わせている場合に自殺のリスクが高まる。自殺予防の観点からも、クライアントの睡眠問題のアセスメントと必要に応じた支援や治療へのつながりが重要である。精神疾患診断には至らなくとも、自殺のリスクを高める他の危険因子を有する人についても、睡眠問題がある場合は、自殺のリスクに対して注意すべきである。

### ④ 精神疾患による専門家への相談や受診と自殺予防

精神疾患は決してまれな病気ではなく、川上(2007)の調査では、調査に参加した地域住民の4人に1人、過去12カ月間には10人に1人が、何かしらの精神疾患（DSM-IV診断

による気分・不安・物質関連障害)の経験があった。うつ病では、生涯に約6%、つまり大よそ16人に1人が経験していた。しかし、精神疾患に罹患して専門機関に相談したり受診したりする人は決して多いとは言えない。川上(2007)は、何らかの精神障害を経験して受診や相談経験をしたのは約30%であったと報告している。また、うつ病を経験した人が最初にどの科を受診していたか調べた調査では、精神科は5.6%と少なく、心療内科と合わせても1割に満たなかった(三木 2003)。その多くは内科(64.7%)を受診しており、次いで婦人科(9.5%)、脳外科(8.4%)であった。このような受診率の低さからも分かるように、クライアントの精神科受診歴がないからといって、精神疾患を発症していないとは言い切れない。うつ病などがありながらも精神科にかかっていない人が大多数であるということに留意する必要がある。

川上(2007)の調査において、受診や相談を阻害する要因として、いずれかの精神疾患を経験した人で、受診の必要性を感じながらも4週間以上受診しなかった人の回答として、最も多かったのは「自力で問題に対処したかった」(68%)、次に「問題はひとりでに改善するだろうと思っていた」(48%)、「その問題は最初、それほど困らなかった」(47%)が続き、「どこに行けば良いか、誰に見てもらえば良いかわからなかった」(41%)であった。精神疾患への正しい知識への欠如や情報不足が受診や相談を妨げている可能性を示唆している(川上 2007)。社会福祉士も、精神保健に関する一定程度の知識を習得し、必要に応じてクライアントに情報提供し、精神保健の専門家や精神科医療につなげ、連携して支援を展開することが肝要であろう(精神保健医療領域との連携については本書の第4章第一節『精神科領域との連携』を参照)。WHOが、「メンタルヘルスなしに健康なし」(=No health without mental health)と提唱するように、自殺のリスクの有無に関わらず、クライアントのウェルビーイングを高める支援をする上では、精神保健について避けて通ることはできない。

一方、わが国における心理学的剖検調査では、自殺既遂者の約半数が自殺で亡くなる1年前に精神科や心療内科を受診したことが明らかとなっている(Hirokawa ほか2012)。この調査結果から示唆されることは、精神科を受診していても自殺で亡くなる、あるいは精神科医療を改善すべき、というよりはむしろ、精神疾患の治療は適宜、重要ではあるが、それだけでは自殺の問題は解決されないことが多いということではないだろうか。つまり、自殺のリスクを高める他の背景要因も適切にアセスメントして、領域を越えた支援者と連携して支援することも必須であり、そこでは社会福祉士としての役割を多いに発揮できるものと考えられる。

### (3) 経済的損失

1998年にわが国の年間自殺者数が前年比で約35%増加し3万人を越えたことはよく知られている。この急増には中高年男性を中心とする「経済・生活問題」を背景としたものが大きく、バブル崩壊後の社会経済的状況の悪化による影響が推測される。その後も「経済・生活問題」は中高年の自殺の原因の上位にあがり、なかでも特に負債の問題は中高年の自殺対

策における重要な課題の一つである（亀山ほか 2010）。本セクションでは、わが国の自殺の状況に影響し得るマクロ経済に着目するというよりも、個人の危険因子としての経済的な問題について、わが国の心理学的剖検研究で明らかになった成果をもとに概観したい。

「借金自殺」という言葉を一度は目にしたことがあるだろう。しかし、自殺が何か一つの原因で起こるものではないと前述したように、心理学的剖検研究の成果からも、単に返済困難な借金を抱えていただけで自らの命を絶ったわけではないことがうかがえる。亀山ら（2010）は、自殺で亡くなった人のうち、負債を抱えていた中高年男性と負債のなかった中高年男性を比較して両者の心理社会的特徴や死亡前の経済状況について検討した。その結果、負債を抱えた中高年男性には自営業者が多く、その自殺の背景には経営問題があった可能性が示唆された。そして負債の返済や利息の支払いのため、多重債務の状態にあった人が7割強であった。ただし、負債ありとなしの自殺既遂者では、収入には有意な差はなかった。負債があった自殺既遂者は離婚経験者が多く、職業的・経済的問題だけではなく、家庭にも何かしらの困難を経験しており、様々な精神的負担が強い状況にあったことが示唆された。しかし、負債を抱えた既遂者は、アルコールの問題があった人が多く、死亡1年前の精神科受診者が少なかった。アルコール関連問題については、1-(2)-②『アルコールの有害な使用』でも言及しているが、中高年男性が経済的問題を含めた多様なストレスを、誰にも相談せずに飲酒という対処方法で紛らわすことがないような支援のあり方も求められよう。

自殺予防総合対策センターが2011年に発行した『いきるを支える：精神保健と社会的取り組み相談窓口連携の手引き』<sup>注8)</sup>では、精神保健福祉士と司法書士との連携モデルを提示している。借金を抱える自殺のリスクが疑われるクライアントへの対応には、社会福祉士も、精神保健の専門機関や負債相談先の司法書士や弁護士などと連携して支援にあたる必要があるだろう。また、地域の商工会議所などとも連携して、産業保健が十分に行き届いていない自営業者などに対して、メンタルヘルスに関する支援の提供体制の整備が重要になるだろう（亀山ほか 2010）。2010（平成22）年の貸金業法の改正で総量規制の導入等により、多重債務者やそれによる自殺者が減少したと言われる一方、近年、多重債務者や自己破産の増加が懸念されており、今後も対策の検討が急がれるところである。なお、司法領域との連携については第4章2節『法律家との連携』を参照されたい。

注8)：同冊子は、下記 URL からダウンロードが可能である。

[http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/ikiru\\_tebiki\\_b5.pdf](http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/ikiru_tebiki_b5.pdf) （2017年11月時点）

#### （4）慢性疼痛・身体疾患

わが国では、自殺の原因・動機として最も多いのが「健康問題」である。この「健康問題」には、精神疾患と身体疾患の両方が含まれる。自殺対策では、精神疾患により多くの注目が集まっているが、自殺の危険因子として身体疾患を忘れることもできない。実際に、わが国の総合病院のあらゆる診療科で入院患者の自殺が発生している（河西ほか 2008）。

自殺のリスクを高める身体疾患として、神経疾患、てんかん、頭部外傷、脳梗塞、がん、HIV、慢性的な病状など、様々なものが報告されている（河西・平安 2007）。わが国の調査研究では、がんと診断されて1年以内の人が自殺や事故で死亡する危険性は、がん罹患していない人と比べて約20倍であることが明らかになっている（Yamauchi ほか 2014）。また脳卒中を発症した人では、5年以内に自殺や事故で死亡する危険性が、脳卒中を発症していない人に比べ約10倍であると言われている（Yamauchi ほか 2014）。

身体疾患が自殺につながる過程はライフサイクルによって異なることが示唆されている（小高ほか 2016）。わが国の心理学的剖検研究では、重篤な身体疾患の罹患歴がありかつ自殺の背景に身体疾患が強く影響していたと推察された13事例について、身体疾患罹患から自殺までのプロセスをライフステージ（青年期群、壮年期群、中年期群、高齢期群）ごとに検討した（小高ほか 2016）。そこでは、対象となった13事例中11事例で何らかの精神疾患の罹患が、9事例に大うつ病性障害の罹患が疑われたが、それらの発症背景には身体疾患がライフサイクルにより異なることが明らかにされた。青年期群では、突然発症した身体疾患による将来への悲観や絶望感が自殺に影響した事例が認められた。その意味では、幼少期からの地域支援や、ニーズに応じた学業・進路相談の体制整備が重要であろう。壮年期群では、長期に及ぶ身体疾患が生育過程における人格形成やストレス対処能力に影響を与え、社会適応を低め、そこに精神疾患への罹患や乏しいソーシャルサポートが加わり、自殺に影響していた。この層では、多機関連携による、家族支援を含めた継続的な関わりが求められよう。中年期群では、罹患した身体疾患はある程度重篤なものであったが、その治療転帰は必ずしも悪くはなかった。身体疾患が直接的に自殺に強い影響を与えているとはいえなかった。むしろ、体力の低下や体質の変化、職場環境の変化といった身体疾患への罹患に付随した様々な困難が複雑に絡み合って自殺に影響していた。中年期群には、産業保健における支援充実と治療に専念できる職場環境の整備が重要と言える。高年期群では、身体疾患が日常生活に直接的な困難や苦痛を与え、自殺に強い影響を与えていた。この群には、既につながっている支援者同士の支援ネットワークの構築や機能が肝要であることが示唆された。同研究は対象事例が少なく解釈に留意が必要ではあるが、ライフサイクルのどの時期で身体疾患が生じたかによって、疾患が引き金となる生活上の困難や苦痛が自殺に与える影響は様々な異なる可能性があることを示している。身体疾患の罹患がライフサイクル上、身体的・心理的・社会的にどのような強度で影響を与え、それがどのようなプロセスを経て自殺のリスクと繋がる可能性があるかを十分アセスメントし、支援を計画、対応するソーシャルワークが肝要であろう。

## （5）女性の自殺の背景

これまでのわが国の自殺対策は、中高年男性に大きく焦点が当てられてきた印象がある。自殺死亡率は一部の国を除いて世界的にも男性の方が女性よりも高い（自殺予防総合対策センター 2014）。わが国の自殺死亡率は、男性が女性の約2倍である。一方、高所得国の多

くでは、自殺死亡率の男女比は3:1で（自殺予防総合対策センター 2014）、わが国の女性の自殺死亡率は、OECD加盟国の中で大韓民国に次いで2番目に高く（OECD 2011）、先進8カ国では最も高い（厚生労働省 2016）。また、10～54歳の各年代で、女性の死因1位から3位までに自殺がエントリーしている（厚生労働省 2016）。このようにわが国では男性だけでなく、女性の自殺についても深刻な問題なのである。

自殺の背景には性差が認められる。わが国の心理学的剖検調査では、自殺既遂者において、経済的な悩みや返済困難な借金を抱えていた人の割合は男性より女性の方が有意に低かった（Kodaka ほか 2017）。つまり、経済状況の緩徐な改善は働き盛りの男性の自殺の減少につながったかもしれないが、女性の自殺については改善しない可能性がある。前述の調査において、精神医学的な問題については、約9割の自殺事例に自殺直前に何らかの精神障害の診断がつく状態にあったが、罹患割合についても男女で有意な差は認められなかった。また、うつ病の罹患率にも男女で有意差は認められなかった。一方、アルコール関連障害（アルコール依存および乱用）の診断が可能と判断された事例は男性に有意に多く認められたが、女性は男性よりも、摂食障害の診断が可能と判断された事例が有意に多かった。女性の摂食障害の自殺リスクは無視できない問題である。援助希求行動については、こころの健康問題で専門家に相談もしくは治療を受けていた割合は、男性より女性の方が有意に高かった。つまり、女性の場合は、早期の精神科受診等の精神保健の専門家への相談を促進する対策だけでは不十分であろうことがうかがえる。更に、女性は男性よりも自傷・自殺未遂歴があった人の割合が有意に高く、自傷・自殺未遂を繰り返す女性の集中的治療・支援体制の整備が肝要である。最後に、前述の援助希求行動とも関連するが、女性は身近な人にも自らの自殺念慮をより発信している傾向にあった。自傷行為や自殺未遂、また自殺念慮を繰り返している場合には、家族の疲弊や陰性感情の高まりを引き起こしかねず、結果的に女性たちのリスクの高まりを見逃してしまう危険性もあろう。社会福祉士としては、精神保健の専門家と連携し、家族等への心理教育や精神的サポートも含めた支援を積極的に行うことが重要であろう。自殺既遂者が生前、保健医療従事者につながっていた場合でも、最後の診察時に自殺念慮を訴えた人は約2割程度であったとの報告もある（Isometsä ほか 1995）。そのため、特に自殺未遂や自殺念慮を日常的に繰り返す女性に対しては、専門家とその女性の身近なインフォーマルな支援者とが連携し、日頃から自殺リスクの動きをモニターして、危機介入できるような地域支援のネットワークを構築しておく必要があると考えられる（Kodaka ほか 2017）。

## 2 保護因子

人を自殺から守る役割を果たす要因を保護因子とよぶ。表2-4でWHOが世界自殺レポートで示している保護因子を整理した。人は誰しもが自殺の危険因子となり得ることを経験する可能性がある。しかし、当然のことではあるが、危険因子を経験する人の全員が自殺を考えるわけではない。図2-2のように、危険因子の比重が大きくなり、保護因子が少な



いあるいは脆弱であると自殺の危険性が高い状態に傾く。一方、危険因子はありながらも保護因子が多いあるいは頑強であれば自殺の危険性が低い状態に傾く。危険因子の多くは流動的である。その変化に寄り添い、危険因子を予防、軽減、解決していかねばならない。それと同時に、クライアント自身やクライアントの環境におけるストレングスや、クライアントが辛い状況にありながらもこれまで自殺せずにいられた理由の探索など、保護因子を同定し、増強、活用するソーシャルワークの実践が求められる。そして、クライアントが自殺の危機状態から脱出し、よりよい生活や人生を回復するための支援が肝要である。

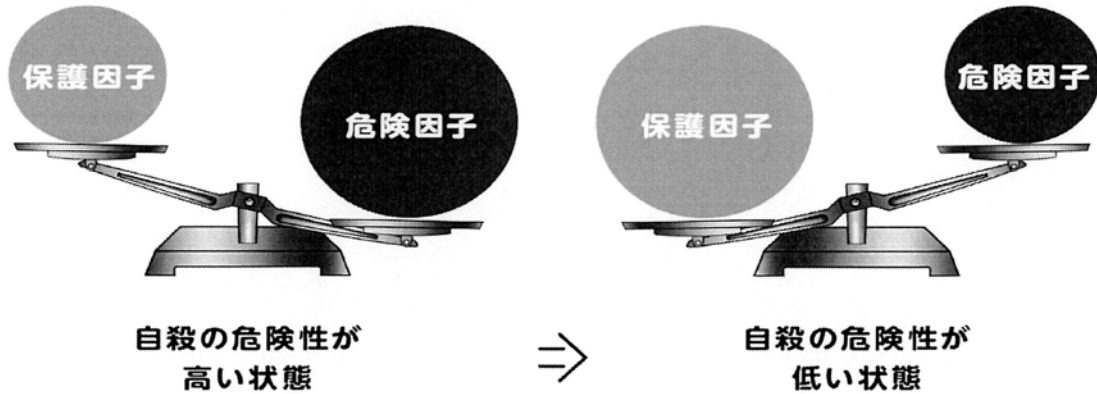
表 2-4 主な自殺の保護因子

保護因子	内容
強い個人の間人間関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>○健康的で親密な人間関係を育み、維持することは、個人のレジリエンスを高め、自殺の危険に対する保護因子として作用する。</li> <li>○友人や家族は、社会的、情緒的、そして経済的支援の重要な資源となり、外部ストレスからの影響を和らげることができる。</li> </ul>
宗教的またはスピリチュアルな信念	<ul style="list-style-type: none"> <li>○宗教やスピリチュアリティは、共通の価値感のもと、社会的な結束のある支持的なコミュニティへのアクセスを可能にするところに保護的な価値がある。</li> <li>○しかし多くの宗教および文化的信念は同時に、自殺に対する道徳的立場のために、自殺に関するスティグマの一因となるかもしれない、それが人々の援助希求行動を妨げる可能性がある。</li> </ul>
前向きな対処方略のライフスタイル実践と満たされた状態 (Well-being)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○健全な自尊心、効力感、そして必要なときには援助を求める能力を含む効果的な問題解決スキルは、ストレスや幼少期の逆境による影響を和らげてくれる。</li> <li>○精神的、身体的に満たされた状態 (well-being) を促進する健康的なライフスタイルに含まれるものは、定期的な運動やスポーツ、適度な睡眠と食事、アルコールや薬物の健康への影響への考慮、健康的な人間関係や社会との関わり、そして効果的なストレスマネジメントである。</li> </ul>

出典：自殺予防総合対策センター 2014, pp28-45 を元に作成



図 2 - 2 危険因子の予防・減少と保護因子の増強の重要性



出典：小高ほか（2015） p.15

### 3 自殺を考えている人の心理状態

最後に、自殺を考えている人の心理状態について概観したい。自殺を考えている人は、「心理的視野狭窄」にあるといわれている。つまり今のこの苦しみを抜け出すためには死が唯一の選択肢であるかのように感じているのである。たとえほかに選択肢があったとしても、そこには注意が向けられず、死ぬこと、自殺しか見えない心理状態になっている。また、自殺を考えている人は、非常に深い「孤立感」や「絶望感」を抱いている。または、自分には価値がないというように信じ込んでいることもある。しかし、自殺を考えている人は、死にたいという気持ちの一方で、生きたいという気持ちがあり、その間を揺れ動いている。これを「両価性」と呼ぶ。人は100%死ぬことを決意しているわけではなくて、状況が改善されるのであれば生きたいと考えているのだ。つまり、自殺の危険性が高い人は、生涯危険性が高い状態にあるのではなくて、適切なサポートを受けることで、生き続ける方向にシフトすることができるのである。その変化に寄り添ったソーシャルワークが求められよう。

心理学者であるトマス・ジョイナーは、自殺の対人関係理論として、自殺の危険因子を3つの要因に整理した（北村 2011）。一つ目が、負担感の知覚（自分が家族や社会にとってお荷物だ、死んだ方がましなんだという認識）、二つ目が所属感の減弱（孤独感、孤立感、社会的疎外感）、身についた自殺潜在能力（自ら命を絶つという大変な行動を行う能力のことで、自傷・自殺未遂や暴力を含め、様々な程度の恐怖や疼痛を伴う体験を繰り返すことで身につく）である。その中でもソーシャルワーク実践において特に注目したいのが、「負担感の知覚」と「所属感の減弱」ではないだろうか。リスクが疑われる人に対して、フォーマル・インフォーマルなソーシャルサポートとどのようにつなげ、あるいは関係性を再構築させ、継続的に機能させるか、そしてそこで良好な対人交流をどのように生み出すかが重要であろう。

自殺のリスクが高い人は自らがつらい状況にあるということを誰かに分かってもらいた

いと感じている。そのため、それを自殺のサインとして何かしら発信していることが多い。つまり、自殺というのは突然、何の前触れもなく、何の予告もなく起こることはほとんどないといわれている。支援者は、まずは、クライアントの自殺のサインに気づくことが大切である。必ずしも、クライアントが支援者に対して、直接的に自殺や自らの死について口にしたり、未遂といった行動を取るわけではない。次章でも触れられているように、リスクが疑われる場合は、直接、クライアントに「自殺を考えているか」を訊くことが大切である。本章で解説したような危険因子の有無を含め、包括的なアセスメントをもとに、アンテナを高く張ってクライアントの自殺の危険性に気づけるように日ごろから心がけることが大切である。

### 【参考文献】

- ・ 赤澤正人、松本俊彦、立森久照、竹島正「アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因」『精神神経学雑誌』112巻、720～733頁、2010年
- ・ Arsenault-Lapierre, G., Kim, G.C., Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2004, 4:37.
- ・ Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wasserman, D. Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 2004, 25, 147-155.
- ・ Cherpitel C.J., Borges, G.L. Wilcox, H.C. Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 2004, 28(Suppl), 18S-28S
- ・ Coryell, W., Young, E.A. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66, 412-417.
- ・ Harris, E.C. Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173, 11-53.
- ・ Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al. Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2012, 66, 292-302
- ・ 稲垣正俊、山田光彦訳『自殺予防総合対策センターブックレット No. 6 ニューージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス』国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター、6頁、2010年
- ・ Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., et al. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152, 919-922
- ・ 伊藤敦子、伊藤順通「外因死ならびに災害死の社会病理学的検索 (4) 飲酒の関与度」『東邦医会誌』35巻、194～199頁、1988年

- ・ 自殺予防総合対策センター『いきるを支える—精神保健と社会的取り組み相談窓口連携の手引き』自殺予防総合対策センター、2011年  
[http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/ikiru\\_tebiki\\_b5.pdf](http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/ikiru_tebiki_b5.pdf)
- ・ 自殺予防総合対策センター『のめばのまれる』自殺予防総合対策センター  
<http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/nomeba100123.pdf>
- ・ 自殺予防総合対策センター監訳『自殺を予防する—世界の優先課題』自殺予防総合対策センター、2014年
- ・ 亀山晶子、松本俊彦、赤澤正人ほか「負債を抱えた中高年自殺既遂者の心理社会的特徴—心理学的剖検による検討」『精神医学』52巻、903～907頁、2010年
- ・ 川上憲人「こころの健康についての疫学調査に関する研究」『こころの健康についての疫学調査に関する研究平成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）総合研究報告書』2007年
- ・ Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N. et al. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2014, 1, 193-201.
- ・ 河西千秋、杉山直也、岩下覚ほか「わが国の医療施設における自殺事故の現状とその対策わが国の医療施設における自殺事故の大規模調査一般病院における自殺事故の実態と自殺予防のための提言—」『精神神経学雑誌』11巻、1045～1049頁、2008年
- ・ 河西千秋、平安良雄監訳『自殺予防プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き（日本語版第2版）』横浜市立大学医学部精神医学教室、2007年
- ・ 北村俊則監訳『自殺の対人関係理論 予防・治療の実践マニュアル』日本評論社、2011年
- ・ 小高真美「ソーシャルワーカーの自殺に対する態度と自殺予防」『ソーシャルワーク研究』38巻、17～24頁、2012年
- ・ Kodaka, M., Inagaki, M., Poštuvan, V., Yamada, M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013, 59, 452-459.
- ・ Kodaka M., Matsumoto T., Katsumata Y., et al. Suicide risk among individuals with sleep disturbances in Japan: a case-control psychological autopsy study. *Sleep Medicine*, 2004, 15, 430-435
- ・ 小高真美、松本俊彦、高井美智子ほか「自殺のリスク要因としての身体疾患—心理学的剖検研究における自殺事例の定性的検討」『精神科治療学』31巻、1477～1485頁、2016年
- ・ 小高真美、松本俊彦、竹島正「心理学的剖検研究による自殺の実態把握—自殺総合対策

- 大綱に明記された研究手法からみえてきたこと」『精神科』25巻、64～71頁、2014年
- ・ Kodaka, M., Matsumoto, T., Yamauchi, T., et al. Female suicides: Psychosocial and psychiatric characteristics identified by a psychological autopsy study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2017, 71, 271-279
  - ・ 小高真美、高井美智子、引土絵未ほか『ソーシャルワーカーにできる自殺予防自殺の危機にあるクライアントの支援に備えたソーシャルワーク教育プログラム第1版』: 自殺の危機にあるクライアントの支援に備えたソーシャルワーク教育プログラム開発ワーキンググループ、2015年
  - ・ 厚生労働省『自殺対策白書』日経印刷、2016年
  - ・ 松本桂樹, 世良守行, 米沢宏ほか「アルコール依存症者の自殺念慮と企図」『アディクションと家族』17巻、218～223頁、2000年
  - ・ 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史ほか「物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験」『精神医学』51巻、109～117頁、2009年
  - ・ 三木治「プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療」『心身医学』42巻、585～591頁、2002年
  - ・ Murphy, G.E., Wetzel, R.D. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47, 383-392
  - ・ 日本精神神経学会監修『DSM-5-精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院、2014年
  - ・ OECD. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. 2011, Paris:OECD Publishing
  - ・ Owens D., Horrocks, J., House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181, 193-199.
  - ・ 高橋祥友『自殺の危機 臨床的評価と危機介入 (第3版)』金剛出版、2014年
  - ・ 竹島正、小高真美「WHO はじめての世界自殺レポート—その意義と活用」『自殺予防と危機介入』35巻、1号、21～22頁、2015年
  - ・ 融道男, 小見山実, 大久保善朗, 中根允文, 岡崎祐士訳『ICD - 10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、2005年
  - ・ World Health Organization, *Global strategy to reduce harmful use of alcohol*, 2010, Geneva: WHO.
  - ・ Yamauchi, T., Inagaki, M., Yonemoto, N., et al. Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology*, 2014a, 23, 1034-1041
  - ・ Yamauchi, T., Inagaki, M., Yonemoto, N., et al. Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 2014b, 76, 452-459