

だろう。)

## E. 結論

自殺予防のためには、自殺の実態を正確に把握することが基礎となる。自殺の本質に迫るために、海外ではさかんに心理学的剖検の手法に基づいて、自殺の背景について検討されている。本パイロットスタディはわが国においてはじめて実施された全国規模の心理学的剖検に基づく調査である。

この結果は、海外の先行研究と同様の点もあれば異なる点も認められた。たとえば、自殺者が生前、気分障害に罹患していた率、重複罹患の率が高いのは、従来の報告と同様である。ただし、自殺者が精神障害に該当していた率が海外の報告に比べて必ずしも高くなかった。精神科診断に該当していた人の中で、精神科受診歴の率は高かった。なお、本来、相互に排除されるべき、気分障害と統合失調症が併記されている例が2例あり、この種の調査で得られるデータの限界や、調査員の診断の妥当性について今後検討すべきである。

とくにこのような差異がわが国独自の知見であるのか、なんらかの selection bias の影響であるのか、今後、引き続き検討すべき課題である。

## 【文献】

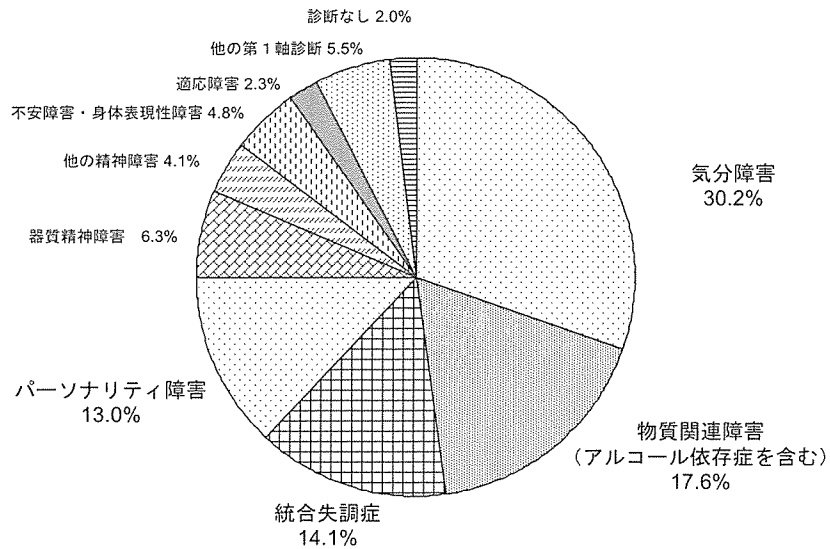
1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2000.
2. Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125:355-373, 1974.
3. Beskow, J.: Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 277:1-138, 1979.
4. Black, D.W., Warrack, G., & Winokur, G.: The Iowa record-linkage study, 1: Suicide and accidental deaths among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 42:71-75, 1985.
5. Breier, A. & Astrachan, B.M.: Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry*, 141:206-209, 1984.
6. Chynoweth, R., Tonge, J.I., & Armstrong, J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. *Aust N Z J Psychiatry*, 14:37-45, 1980.
7. Conwell, Y. & Duberstein, P.R.: 自殺の危険の高い高齢者の診断と治療について. *精神科診断学*, 4:161-171, 1993.
8. Crumley, F.E.: Adolescent suicide attempts and borderline personality disorder: Clinical features. *South Med J*, 74/5:546-549, 1981.
9. Dorpat, T.L. & Ripley, H.S.: A study of suicide in Seattle area. *Compr Psychiatry*, 1:349-359, 1960.
10. Friedman, R.C., Aronoff, M.S., Clarkin, J.F., Corn, R., & Hurt, S.W.: History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *Am J Psychiatry*, 140:1023-1026, 1983.
11. Garvey, M.J. & Sponden, F.: Suicide attempts in antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry*, 21:146-149, 1980.
12. Gunderson, J.G. & Elliot, G.R.: The

- interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 142:277-288, 1985.
13. Guze, S.B.: *Criminality and psychiatric disorders*. New York: Oxford University Press, 1976.
  14. Guze, S.B. & Robins, E.: Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*, 117:437-438, 1970.
  15. Hirshfeld, R.M.A. & Davidson, L.: Risk factors for suicide. In Frances, A.J. & Hales, R.E. (Eds.), *Review of psychiatry*, Vol.7. pp.307-333, Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1988.
  16. Isometsä, E.T. & Lönnqvist, J.K.: Suicide in mood disorders. In Botsis, J.A., Soldatos, C.R. & Stefanis, C.N. (Eds.), *Suicide: Biopsychosocial approaches*. pp.33-47, Amsterdam: Elsevier, 1997.
  17. Menninger, K.: *Man against himself*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1938.
  18. Murphy, G.E., Armstrong, J.W.Jr., Hermele, S.L., Fischer, J.R., & Clendenin, W.W.: Suicide and alcoholism: Interpersonal loss confirmed as a predictor. *Arch Gen Psychiatry*, 36:65-69, 1979.
  19. Nace, E.P., Saxon, J.J., & Shore, N.: A comparison of borderline and non-borderline alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry*, 40:54-56, 1983.
  20. 西山詮：自殺と精神科外来：自殺の小社会学。精神神経誌，81：311-341，1979.
  21. Perry, J.C.: Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry*, 142:15-21, 1985.
  22. Perry, J.C.: A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc*, 34:863-893, 1986.
  23. Robins, E.: *The final months; A study of the lives of 134 persons who committed suicide*. New York: Oxford University Press, 1981.
  24. Robins, L.N.: *Deviant children grow up*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1966.
  25. Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H.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*, 49:888-899, 1959.
  26. Roy, A.: Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 141:171-177, 1982.
  27. Roy, A.: Suicide in schizophrenia. In Roy, A. (Ed.), *Suicide*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1986a.
  28. Roy, A.: Depression, attempted suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 9:193-206, 1986b.
  29. 齊藤学、河野裕明：アルコール症による724入院例の転帰の検討。アルコール研究，8:153-156，1973.
  30. Shneidman, E.S.: *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale: Aronson, 1993. (高橋祥友・訳：シュナイドマンの自殺学。金剛出版，2005)

- York, 2004.
31. 洲脇寛：アルコール中毒者の予後に関する研究. 精神経誌, 77:89-106, 1975.
  32. 鈴木康夫：アルコール症者の予後に関する多面的研究. 精神経誌, 84:243-361, 1982.
  33. Spalt, L.: Death thoughts in hysteria, antisocial personality and anxiety neurosis. *Psychiat Quart*, 48/3:441-444, 1974.
  34. 高橋祥友：新訂増補・自殺の危険. 臨床的評価と危機介入. 金剛出版, 2006
  35. 高橋祥友：自殺予防. 岩波書店, 2006
  36. 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 第2版. 医学書院, 2006
  37. 田中孝雄：慢性アルコール中毒の長期予後の研究. 慶応医学, 57:733-748, 1980.
  38. Tsuang, M.T.: Suicide in schizophrenics, manic depressives and surgical controls: A comparison with general population suicide mortality. *Arch Gen Psychiatry*, 35:153-155, 1978.
  39. Tsuang, M.T., Woolson, R.F., & Fleming, J.A.: Premature death in schizophrenia and affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 37:979-983, 1980.
  40. Virkkunen, M.: Self-mutilation in antisocial personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 54:347-352, 1976.
  41. Ward, N.G. & Schuckit, M.A.: Factors associated with suicidal behavior in polydrug abusers. *J Clin Psychiatry*, 41:379-385, 1980.
  42. Woodruff, R.A., Guze, S.B., & Clayton, P.J.: The medical and psychiatric implications of antisocial personality. *Dis Nerv Syst*, 32:712-714, 1971.
  43. World Health Organization: Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/), 2004
  44. 山根隆：アルコール中毒の長期予後に関する研究. 慈恵医誌, 93:458-474, 1978.
- F. 健康危険情報**  
該当なし。
- G. 研究発表（自殺予防に関連して本年度に発表したものをまとめておく）**
- 論文発表**
1. 高橋祥友：国のレベルでの自殺予防対策. 精神療法, 32(6):727-735, 2006.
  2. 高橋祥友：自殺予防の方向性. 自治フォーラム, Vol. 567:2-3, 2006.
  3. 高橋祥友：インターネットと自殺. 精神科治療学, 21(12):1309-1314, 2006.
  4. 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 2006.
  5. 高橋祥友：自殺予防と看護師の役割. 精神科看護, 33(11):44-49, 2006.
  6. 高橋祥友：自殺の危険の高い患者に対する精神療法. 精神療法, 32(5):534-540, 2006.
  7. 高橋祥友：自殺報道とマスメディア；予防に直結する建設的な取り組みに期待する. 新聞研究, No. 662:44-47, 2006.
  8. 高橋祥友：自傷の予後. こころの科学,

- No. 127:84-89, 2006.
9. 高橋祥友：自殺予防. 岩波書店、2006.
  10. 本橋豊、高橋祥友、中山健夫、川上憲人、金子義博：STOP! 自殺：世界と日本の取り組み. 海鳴社、2006.
  11. 高橋祥友：うつ病における自殺の発生率. 上島国利、三村将、中込和幸、平島奈津子・編「E B M精神疾患の治療自殺既遂後の対応」、中外医学社、pp. 119-122, 2006.
  12. 高橋祥友：自殺既遂後の対応. 臨床精神医学・増刊号「精神科医療のリスクマネジメント」、pp. 294-300, 2006.
  13. 高橋祥友：リストカット. 小児内科、38(1):102-105, 2006.
  14. 高橋祥友：中年の危機と自殺予防. 岡本裕子・編「現代のエスプリ別冊：中年の光と影；うつを生きる」、pp. 132-144, 2006.
  15. 高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨床的評価と危機介入. 金剛出版、2006.
  16. 高橋祥友：自殺と医療過誤訴訟. 精神療法、33(2):207-215, 2007
  17. 高橋祥友：自殺予防. 防衛医学編集委員会・編「防衛医学」、pp. 602-613、2007
  18. 高橋祥友：自殺念慮・自殺企図. 武田雅俊、鹿島晴雄・編「コア・ローテーション 精神科」、pp. 175-181、2007
  19. 高橋祥友：自殺防止と遺族ケアを考える. アディクションと家族、23(4):331-337, 2007
  20. 高橋祥友：あなたの「死にたい、でも生きたい」を助けて. 講談社、2007
  21. 高橋祥友：子どもの自殺の特徴. 児童心理、No. 857 (2007年4月号) 457-463
  22. 高橋祥友：子どもの自殺. 健康教室、2007年増刊号、pp. 8-11.
  23. 高橋祥友：患者の自殺と治療者の反応. 精神療法、33(1):80-88, 2007
  24. 高橋祥友：いじめ自殺：報道のもたらす危険な側面とは何か. 世界、2007年1月号、pp. 75-81
  25. 高橋祥友：悲劇の連鎖を起こさないために：いじめ自殺とマスメディア報道. 論座、2007年1月号、pp. 92-97
- 学会発表**
1. Yamamoto T, Katagiri T, Haruki K, Sakurai Y, Yamashita C, Fukuma S, Takahashi Y: Postvention activities in Japan. 39th American Association of Suicidology, Seattle, USA (2006年4月)
  2. Takahashi Y, Yamamoto T, Shimizu K, Kikuchi A, Sugawara M.: Recent trend of suicide and suicide prevention in Japan. 39th American Association of Suicidology, Seattle, USA (2006年4月)
  3. 高橋祥友：自殺予防の基礎知識. 第53回日本矯正医学会総会 (2006年10月)
  4. Takahashi Y: Educating Gatekeepers. International Workshop on National Strategies for Suicide Prevention, Hong Kong (2006年11月)
  5. 高橋祥友：自殺の危険とその対応. 第44回学校相談学会 (2006年11月)
- H. 知的財産権**  
該当なし。

# 図 1 : 自殺と精神障害



# 図 2 : 心理学的剖検による既遂自殺者の診断

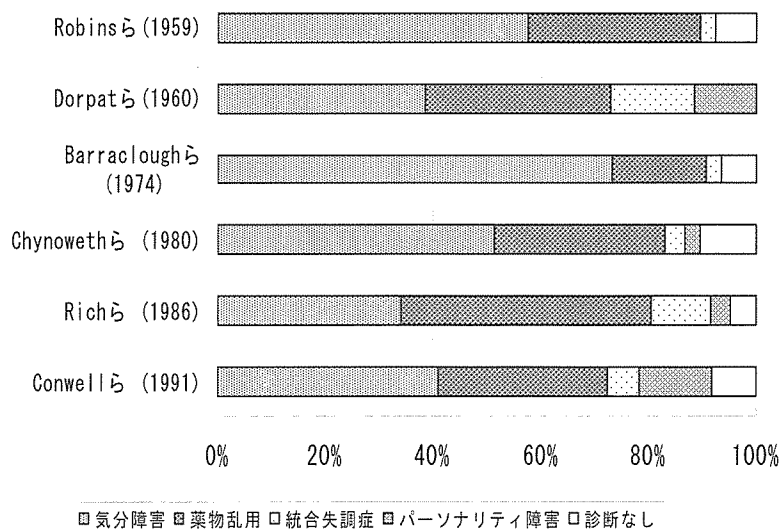


表1：パイロットスタディにおける精神障害と自殺の関係

事例	年齢	性別	調査員による精神科診断	半構造化面接による精神科診断	精神科受診歴	精神科受診歴のある人の診断	直近の精神科受診	死亡1年前の精神科入院歴
1	25	女	その他の種類の精神障害					
2	不明	男	特定の恐怖症	大うつ病性エピソード				
3	43	男	大うつ病性障害、気分変調性障害、統合失調症	大うつ病性エピソード、気分変調性障害	(+)	統合失調症	1か月以内	(+)
4	不明	女	大うつ病性障害、気分変調性障害	大うつ病性エピソード、気分変調性障害	(+)	うつ病	1か月以内	(+)
5	76	男	適応障害					
6	55	男	大うつ病性障害	大うつ病性エピソード		自律神経失調症の疑い		
7	42	男						
8	75	女						
9	36	男	大うつ病性障害、統合失調症	大うつ病性エピソード、その他の精神病性障害	(+)	うつ病	1か月以内	(-)
10	17	女	適応障害					
11	77	女	認知症、大うつ病性障害、短期精神障害、心気症	大うつ病性エピソード、統合失調症	(+)	うつ病	1か月以内	(-)
12	49	女	大うつ病性障害、パニック発作	大うつ病性エピソード、パニック障害	(+)	躁うつ状態、家族問題	1か月以内	(-)
13	37	男						
14	26	男	アルコール乱用					
15	21	男						
16	50	男	適応障害					
17	50	男						
18	31	男						
19	37	男						
20	64	女	大うつ病性障害	大うつ病性エピソード、全般性不安障害	(+)	うつ病	10か月前	(-)
21	50	男	大うつ病性障害、全般性不安障害	大うつ病性エピソード、全般性不安障害	(+)	抑うつ状態	1か月以内	(-)
22	50	男						
23	26	男	気分変調性障害、その他の種類の精神障害		(+)	不明	1か月以内	(-)
24	61	男	大うつ病性障害	大うつ病性エピソード	(+)	うつ病	1か月以内	(+)
25	79	女	認知症、大うつ病性障害、その他の種類の精神障害	大うつ病性エピソード				
26	31	男	その他の種類の精神障害					
27	30	女			(+)	うつ状態	不明	(-)
28	12	女	大うつ病性障害、強迫性障害、神経性無食欲症	大うつ病性エピソード	(+)	摂食障害、心因、受験ストレス	1か月以内	(+)

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
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  
心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究

ケーススタディおよびライフチャートを用いた自殺に至るまでの  
プロセスの把握と具体的介入方法の検討

分担研究者： 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
研究協力者： 勝又 陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
高橋 祥友（防衛医科大学校）  
渡邊 直樹（青森県立精神保健福祉センター）  
清田 晃生（国立精神・神経センター精神保健研究所）

#### 研究要旨

目的：本格的な調査における定性的な研究の実施に備え、自殺の背景にある複雑な要因のプロセスを捉える方法を明らかにすることを目的として研究を実施した。

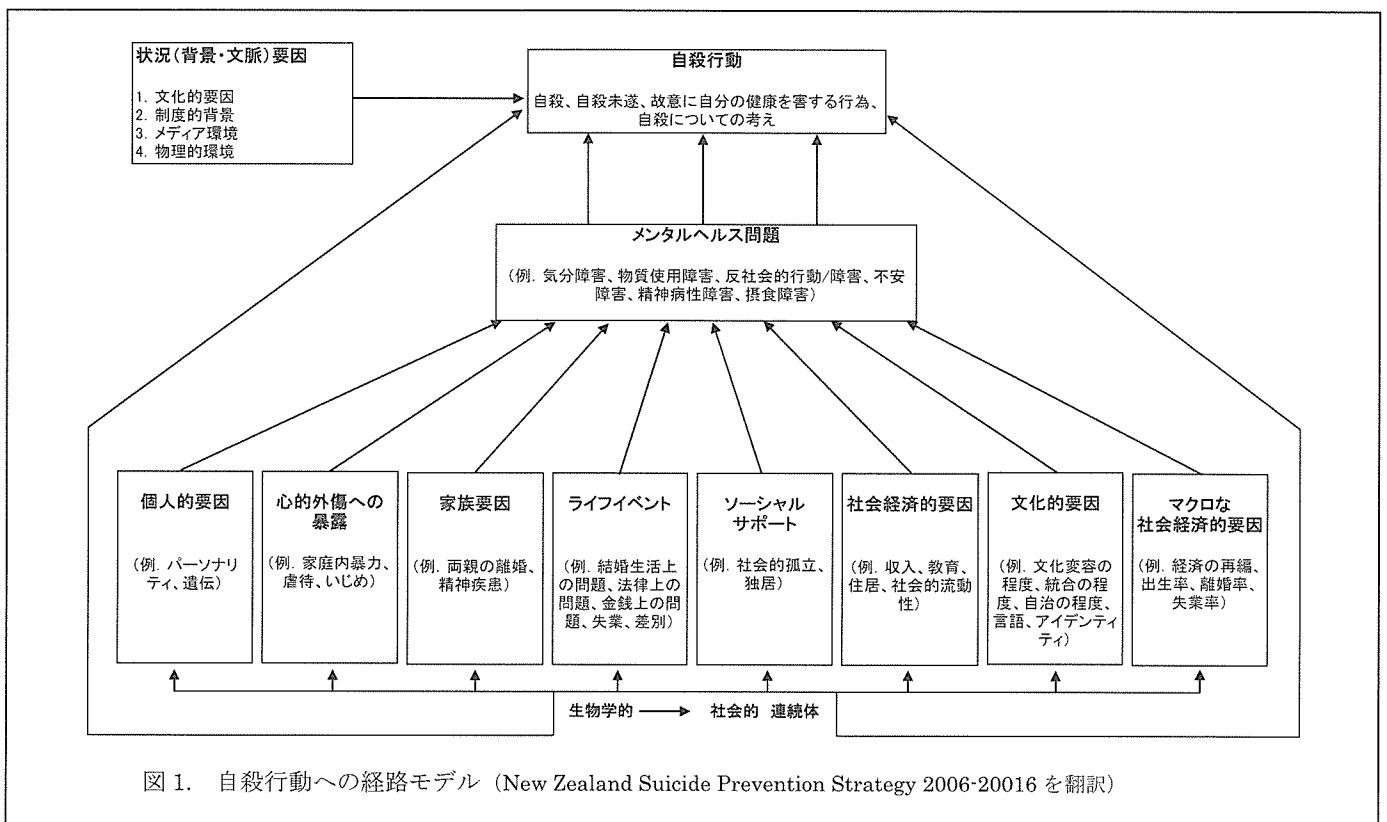
方法：本年度はパイロットスタディであり、仮説的な枠組みを用いて、今後の分析方法のあり方を検討するとともに、分析結果を提示し具体的な自殺対策について考察を行うこととした。パイロットスタディにおいて調査を実施した事例群の全事例 28 事例のデータを用いて、各事例についてライフチャートを作成した。各事例において自殺前の「身体的・精神的に健康を害した状態」として「対処行動」、「精神症状」、「身体疾患」のうちどの出来事が最初に確認できるのかによって、事例の分類を行った。さらに、最初に「身体的・精神的に健康を害した状態」が確認されて以降、それぞれの事例がどのようにサポートを受け取っているのかについて時系列プロセスの検討を行った。さらに、このプロセスの中に「社会的要因」がどのように位置づけられるのかを検討し、その結果をもとに具体的な自殺対策としての介入方法を提示した。

結果と考察：自殺前の「身体的・精神的に健康を害した状態」のうち、最初に確認された出来事として、「対処行動」に分類された事例が 15 例、「精神症状」に分類された事例が 5 例、「身体疾患」に分類された事例が 6 例、「いずれの出来事にも（回答者）は気がつかなかった」に分類されたのが 2 例であった。また、この分類を基本として、最初の出来事以降のサポートの受け取りプロセスについて、さらに各事例がどういった特徴を持っていたかについて、社会的要因と合わせて事例の検討を行った。本研究の結果から、来年度以降に用いる事例分析の方法論のあり方を提示することができ、本格的な調査における自殺の背景要因に関する定性的研究の実施準備が整った。また、本年度研究で得られた事例の分析結果から自殺対策として考えられる方法論を提示することができた。

## A. 研究目的

自殺の背景には、多様な要因が複雑に関連しているとされており、こうした要因についての説明は、これまでもいくつかなされてきている。Bertolote (2007) によれば、自殺という現象には、その背景要因として「危険因子」が挙げられる一方で、「保護因子」も存在している。すなわち、これは自殺という現象を「危険因子」と「保護因子」という両因子の不均衡の結果から生じたものとして捉えようとする枠組みである。また、ニュージーランドでは先行研究のレビューを行

い、世界各国ですでに得られている科学的根拠をもとに自殺の促進に関連する要因の経路 (pathway) モデルを作成している (図 1)。このモデルの中では「個人要因」から「マクロな社会経済的要因」まで多様な要因を「生物学的-社会的」という連続的な軸上に (スペクトラムとして) 各要因を位置づけ、これらの要因が「自殺行動」に直接影響を与える一方で、「メンタルヘルス上の問題」にも影響を与え、その結果「自殺行動」を引き起こすという経路を提示している (New Zealand Ministry of Health, 2006)。



我が国においては、1998年に年間自殺者が3万人を超え、以後その水準で推移している状態である。我が国の自殺の背景には健康問題、経済・生活問題、家庭問題のほか、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑に関連しているとされている (関係省庁連絡会議, 2005)。また、平成18年10月に施行された自殺対策基本法の記述から、自殺の背景要因について見てみると、第二条では、「自殺対策は、

自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。」と示され、さらに第二条2では「自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。」と述べられており、ここでは自殺の背景要因とし



て、「精神保健的要因」と「社会的要因」という2つの要因について言及されていることが読み取れる。さらに、この「社会的要因」について、平成19年3月に公表された、内閣府「自殺総合対策の在り方検討会」の取りまとめ方針（骨子）においては、「自殺の原因は一つではなく、その裏には、様々な社会的・文化的背景と複雑な心理的過程が存在」、「大多数の自殺者は、直前に精神疾患等の状態にあり、大部分はうつ病、統合失調症、アルコール依存症と診断」、および「社会的要因への働きかけとして、過重労働、失業、倒産、多重債務などにより精神的に追い詰められないよう、そういったストレス要因となる制度・慣行そのものの見直しが重要」との記載があり、自殺の「直前」の状態は、精神疾患等のメンタルヘルス上の問題が見られる状態であり、「社会的要因」とは、そうした心理的な危機的状况に人を陥らせる前提条件、つまり「ストレスイベント」という位置づけとなっていることがわかる。これは、先のニュージーランドのモデルに従えば、ほぼ「ライフイベント」に当てはまると考えられる。

こうした自殺の背景にある複雑な要因相互の時系列的関係性を明らかにしようとする研究も試みられている。Fortuneら（2006）は、心理学的剖検で得られたデータをライフチャートにまとめ、青年期の自殺に至るプロセスについて「家庭、学校、仲間の中で長い間問題を抱え、自殺未遂経験があり、他者に死をほのめかしていたグループ」、「精神疾患の既往が明確にあったグループ」、「自殺前の生活はうまくいっており、精神疾患の既往や未遂経験もなく、自殺前の突然のライフイベントに反応して自殺を図ったグループ」という3つのグループに分類し、それぞれのグループへの対策について考察している。このように、自殺の背景にある複雑な要因相互の関係性を明らかにするためには、自殺前に本人が経験した出来事を「プロセス」や「変化」として捉える必要性があり、研究手法としては先行研究のような質的データを分析する定性的研究が適していると

考えられる。

以上の議論を踏まえ、本研究においては、次のように研究を進めていく。まず、わが国の自殺の背景要因を捉えるための大きな理論的枠組みとして、ニュージーランドのモデルを基本に、「精神保健的問題」と「生物学的・社会的というスペクトラム上に位置づけられるその他の多様な要因」という2つの「危険因子」を仮定する。また、後者の要因の中の「ライフイベント」にほぼ対応する形で「社会的要因」を定義する。さらに、これら「危険因子」と「保護因子」という2つの要因が相互に関連しているモデルを前提とした上で、これらの要因相互の関係性を一連の「プロセス」として定性的に分析し、得られた結果から対策に寄与する考察を行うことを本研究における最も大きな目的とする。

本年度研究では、心理学的剖検を用いた自殺の実態分析における定性的研究の試みとして、先行研究と同様にパイロットスタディのデータをライフチャートにまとめ、仮説的枠組みを用いて事例を探索的に分析する。まず、図1で並列的に示されているような複数の要因が、時間軸（プロセス）で見たときに、どういった関連を持つのかを明らかにする試みの一つとして、自殺者が「身体的・精神的に健康を害した状態」を経験した後、どのように「サポート」を受け取ったのかについて、そのプロセスを明らかにする。この「身体的・精神的に健康を害した状態」は図1の「個人的要因」と「メンタルヘルス問題」にほぼ相当し、自殺行動の「危険因子」の1つである。「サポート」はいわゆる「保護因子」の1つであり、図1の「ソーシャルサポート」にも当てはまる。さらに、社会的要因（図1のライフイベントにほぼ対応）として確認された出来事が、どういった形で先のプロセス中に配置される傾向にあるのかについても検討を行う。最後に本年度研究の分析結果を踏まえ、今後の自殺の実態分析における定性的研究が、どのように自殺対策に貢献できるのかを検討する。

## B. 研究方法

### 1)分析対象

調査実施全事例 54 事例（事例群 28 例、対照群 26 例）のうち、全ての事例群の事例（28 事例）を分析に用いた。性・年齢別の対象者数は表 1 の通りであった。

表1. 性・年齢別対象者数(人)

	男性	女性
10歳以上20歳未満	0	2
20歳以上30歳未満	3	1
30歳以上40歳未満	5	2
40歳以上50歳未満	2	0
50歳以上60歳未満	5	1
60歳以上70歳未満	2	1
70歳以上	1	3
計	18	10

ライフチャートの整理に当たっては、各事例の情報として調査票に記載されている全ての情報、「自由な話し合い部分記録(テープを起こした記録を含む)、ご遺族の気持ちの評価セクションの記録(テープを起こした記録を含む)、その他調査員のまとめやメモを用いた。記録の中で出来事の起こった時期などに矛盾が生じていた場合は、該当する部分のテープを聞き、また調査員に直接問い合わせを行って確認した上で、正しいと判断した時期に修正した。なお、年齢については、数値データとして記載されていなかった場合であっても、「自由な話し合い」部分などの記録から判断がついた事例が存在していた場合は、その年齢を記載した。このため、他の分担研究の数値と異なっている場合がある。

### 2)分析データ作成方法

まず、基本の事例分析シートを作成し、そのシートに各事例の情報を記入した。情報の記入は分析担当者(勝又)の指示のもと複数人で行い、作成されたシートについて漏れている情報がないかを分析担当者(勝又)が最終的に確認を行った。その後、分析担当者(勝又)が事例情報をもとにすべての事例についてライフチャートを作成し、その結果を研究協力者(精神科医)とともにチェ

ックした。ライフチャートは、「個人要因」、「環境要因」、「疾病要因」の3つの要因と対応するように、「個人要因」、「家庭内出来事」、「家庭外出来事」、「本人の身体・精神状態についての客観的情報」、「精神状態の評価」の欄を作成し、さらに「保護因子」に対応するように「環境(サポート・受診行動)」の欄を設けて時系列に沿った整理を行った。ライフチャートの中で、自殺に影響があったと考えられた要因については、視覚的に分かりやすいように四角の枠で項目を囲んだ。

なお、「精神状態の評価」と「環境(サポート・受診行動)」については、研究者側の評価が含まれている。これらのプロセスは分担研究者(高橋祥友)の助言のもとに進めた。

### 3) 分析方法

本研究では、先述の通り「危険因子」と「保護因子」の関連性の一部をプロセスとして明らかにすることを試みる。具体的には、自殺者が「身体的・精神的に健康を害した状態」を経験した後、どのように「サポート」を受け取ったのかについて、そのプロセスを明らかにする。さらに、別の「危険因子」である「社会的要因」が、どのような形で先のプロセスに関連する可能性があるのかを検討することで、自殺に至るプロセスにおける要因相互の関連性をより多角的に分析・提示するための方法を検討する。

以上のことを分析するために、本研究では3段階から成る事例の分類・分析作業を行った。以下にその3段階の手続きを示した。なお、分類の大枠は「結果」で示し、各プロセスの進行の詳細は「考察」において示す。「考察」では、各分類におけるその後のサポートの受け取りや社会的要因との関連、すなわち要因相互の「組み合わせ(プロセス)」を単位として分析結果の考察を行った後に、分析方法の総括的考察を行った。

#### <分析①: プロセスの「始点」の決定>

自殺に至るプロセスを記述するためには、回答者によって観察・報告された「自殺が起こる以前の自殺者本人の経験した出来事や行為」のいずれ

かを、プロセス記述のための「始点」、もしくは「基準点」として定める必要がある。本年度研究では、事例数が少ないため、できる限り多くの事例を包括的に分類可能なように、プロセスの「始点」として客観的情報をもとに判断可能な「身体的・精神的に健康を害した状態」に着目した。以下に示す分類基準をもとに「身体的・精神的に健康を害した状態」として、「ストレス対処行動（以下「対処行動」と略）、「精神症状」、「身体疾患」を確認された時期に関係なくすべてをライフチャートの中から抽出した。その後、これら3つの「身体的・精神的に健康を害した状態」のうちどれが最初に確認できるのか（「始点」としてどれが確認できるのか）によって、「対処行動先行型」、「精神症状先行型」、「身体疾患先行型」に各事例を分類した。さらに、「対処行動先行型」では、「対処行動」の種類によって「問題焦点型コーピング型」、「情動焦点型コーピング型」、「サポート希求型」の3つの下位カテゴリに分類した。

● 「対処行動」の抽出

「対処行動」については次のような議論をもとに定義、および分類を行った。心理社会的ストレスは、「出来事への直面」、「認知的評価（自分に

とって有害かどうか等の評価）」、「ストレス低減を目的とした認知的・行動的努力（対処：コーピング）」という順を追ったプロセスを経た上で、自分にとって有害だと認知的に評価された出来事に対してうまく対処できないと、「ストレス反応」として顕在化するとされている。ここでは、対処（コーピング）は人間の「ストレスフルな状態」をもとにして生じる。ストローブ（Stroebe, 2000）はラザルスとフォルクマン（Lazarus & Folkman, 1984）の提唱した「問題焦点型コーピング（問題に具体的に取り組む、直面するなど、具体的解決策の実行）」と「情動焦点型コーピング（回避、静観などの不快な情動の低減）」の2つの概念に、フォルクマンら（Folkman *et al.*, 1986）のコーピング尺度の8因子（直面型対処、距離を置く、自己統制、サポート希求、責任受容、逃避—回避、計画的問題解決、肯定的再評価）を当てはめ、3つの因子（「問題焦点型コーピング」、「情動焦点型コーピング」、「（問題焦点型と情動焦点型の両方の要素を持つ）サポート希求」）で対処（コーピング）を説明している（図2）。

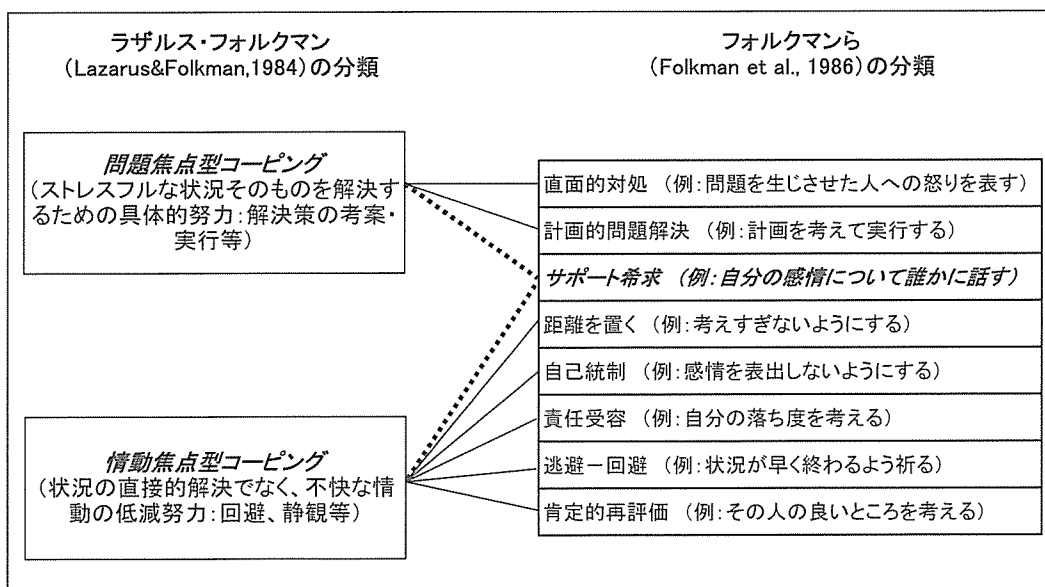


図2. Stroebeによるストレス対処分類(橋本,2005を参考に作成)

本研究で用いる「対処行動」という概念は、「ス  
トレス低減を目的とした認知的・行動的努力(対

処: コーピング)」の中でも、「行動的側面」を捉  
えた概念である。しかし、これらの「対処行動」

自体は、どのような人にも日常的に見られる行動であり、それが見られただけで「健康を害した状態である」とは必ずしも言えない。しかし、今回のような心理学的剖検を用いた調査の中で「自殺者本人の心理状態」を推測するための数少ない有用な情報であるため、本研究では回答者によって報告された自殺者の「対処行動」の背景には相当程度の精神的負荷がかかっており、その時の本人の心理状態はストレスフルな状態であったと仮定し、「精神症状」に準ずる「精神的に健康を害した状態」を示すものとして扱うこととした。

「対処行動」の抽出に当たっては、具体的に次のような手続きをとった。まず、報告された何らかの「イベント」と同時、もしくは直後に認められる行動で、フォルクマンら（1986）によるコーピング尺度の項目を基準にしてライフチャートから抽出した。その後、ストロブ（2000）による3つの分類（「問題焦点型コーピング」、「情動焦点型コーピング」、「サポート希求」）を用いて最終的な「対処行動」の下位分類を行った。なお、「不登校」や「休職」等は、フォルクマンら（1986）の尺度因子の中で「距離を置く」もしくは「逃避－回避」に当てはまると考え、その直前に明確な「イベント」が認められなかったとしても、特別な身体疾患等による理由が認められない限り、「対処行動」に含めた。

#### ● 「精神症状」の抽出

「精神症状」の抽出に当たっては、精神科もしくは心療内科への受診歴が認められる事例において、医師の診断がついた疾患、および受診歴が認められない事例であってもストレス反応としての症状（身体化など）が認められ、かつ精神科医1名と臨床心理士1名の間で合意が得られた症状をライフチャートから「精神症状」として抽出した。

#### ● 「身体疾患」の抽出

「身体疾患」については、医師の診断がついている疾患のみを抽出した。

#### <分析②：サポート受け取りによる分類>

分析①の手続きで分類された各プロセスの「始点」から自殺までの期間の間に見られる精神科受診、および他者からのサポートの受け取りの有無等によってさらに事例の下位分類を行った。ここでいう「サポート」は「保護因子」として機能する可能性のあるものを想定しているが、本研究ではその具体的内容については考察で検討することとし、分類においては単純にサポート資源となり得たと考えられる「他者との接触」を扱うこととした。ただし、分析①の分類によってそもそも本人が接触しうるサポート資源が大きく異なることが想定されるため、分析①の分類別に異なった抽出方法をとった。

「対処行動」と「精神症状」については、本人の「精神的に健康を害した状態」と定義しているため、本研究では精神科・心療内科の受診（以下「精神科受診」と略）をサポートの中心として、受診経験の有・無（拒否・中断含む）によって事例を分類した。ただし、精神科受診が無かった（拒否・中断含む）事例については、その他の特徴的なサポート情報が確認できた場合、プロセスに付記した。

「身体疾患」については、内科的治療が中心となり精神科受診をするという選択がされにくいばかりか、重度になると行動が制限され、他者との交流も、看病や介護をする家族や近しい人など限定されたものとなる可能性が高い。したがって、「身体疾患先行型」に分類された事例では「本人と関わりのあった親族」をサポート資源の中心として想定し、自殺前1週間に「親族が普段と違う関わりをしたかどうか」によって、各事例を分類した。ここでの「普段と違う関わり」という定義は、「物理的な接触回数」に違いが生じることとした。

#### <分析③：社会的要因の配置>

分析②の段階まででは、それぞれのプロセスの中に社会的要因がどのように配置されているのかわかりにくいため、近年自殺の社会的要因とし

て注目されている「いじめ」、「過労(多忙な仕事)」、「借金」の事例がどのプロセスに分類されているのかを検討した。

なお、「いじめ」については、学校場面を想定し比較的情報として新しい10代および20代に、「過労(多忙な仕事)」および「借金」は就業年齢として想定される20代~60代に限定して示した。

#### (倫理面への配慮)

本研究の実施については、国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会において承認を受けた。調査票からはすべて個人情報と切り離した上でデータの入力を行った。事例群の調査にあたっては、遺族ケアに配慮し、以下のような工夫を実施した。

1) 調査の事前に、遺族ケアの対応を含めた調査員研修を3日間実施した。

2) 調査は、原則として精神科医と保健師等の二人一組で実施し、精神科医が同行できない場合にも、後方支援的に配置した。

3) 自殺者の遺族の心理的サポートについての解説と、各地域の相談先の情報が掲載されたパンフレットを調査開始時に回答者に手渡し、調査後の支援体制について情報提供を行なった。

4) 調査マニュアルにおいては、調査における聞き取り方法を詳細に明示し、「自由な話し合い」では、調査員がよい聞き手になることを意識することとした。また、回答者に感情的な混乱などがみられた場合には、調査を中断し、必要に応じて相談先を紹介することとした。

5) 分担研究者のもとに調査センター的な機能を置き、必要に応じて個別の助言指導を行った。

6) 調査後に、ご遺族の希望や必要性に応じて保健師等による家庭訪問や電話連絡などのフォローアップを行うこととした。

### C. 研究結果

本研究において実施した、ライフチャートを用いた事例分析(分析①~③)の総合的な結果を、図3に示した。また、図4、図5、図6は3つの

先行型ごとの架空事例に基づくライフチャート例である。

「身体的・精神的に健康を害した状態」を始点とした事例の分類(分析①)では、「対処行動先行型」に15例、「精神症状先行型」に5例、「身体疾患先行型」に6例、および「いずれの出来事にも(回答者)は気がつかなかった」に2例が分類された。「対処行動先行型」の下位分類では、「問題焦点型コーピング」が2例、「情動焦点型コーピング」が6例、「サポート希求型」が7例であり、「問題焦点型コーピング」に分類された事例が、他の2つの型と比較して少なかった。

分析①の段階で、70歳以上の高齢者の事例は、すべて「身体疾患先行型」に分類され、このカテゴリでは6事例中4事例が70歳以上の高齢者の事例であった。70歳未満で「身体疾患先行型」に分類された残りの2事例は、先天的な身体疾患があった事例と、継続的通院が必要な疾患に幼少時から罹患していた事例であった。その他のカテゴリにおいて目立った年齢的な偏りは見られなかった。

上記各カテゴリに分類された事例において、身体的・精神的に健康を害して以降の「精神科受診、および他者からのサポートの受け取りプロセス(分析②)」を見てみると、「精神症状先行型」において、「精神症状」が確認されたにもかかわらず、精神科を受診していなかった事例が2事例存在していた。また、「対処行動先行型」と「精神症状先行型」に分類された事例の中で、「精神的に健康を害した状態」が初めて確認されてから、死亡時まで継続的に精神科受診をしていた事例は各3事例ずつ計6事例確認され、「精神症状先行型」に分類された統合失調症の事例は2事例であった。さらに、「対処行動先行型」と「精神症状先行型」における精神科受診内容を詳細に評価したところ、「自殺未遂後に緊急入院などの措置がとられていなかった事例」、「服薬指導が徹底されていなかった事例」、「精神疾患の診断が下ってはいたが、身体疾患の除外診断が不完全であると

疑われた事例」がそれぞれ存在していた。

「身体疾患先行型」において、「他者からの普段と違う関わり」が自殺前1週間に確認された事例は2事例であり、介護を受けていた3事例は含まれていなかった。なお、親族以外でのサポートではあるが、「身体疾患先行型」に分類された3事例において当該疾患による入院経験が認められた。

最後にここまでの分類において、「いじめ」、「過労(多忙な仕事)」、「借金」の事例がどの分類(プロセス)に位置づけられるのかを検討した(分析③)結果、まず、「いじめ」を経験していた4事例(10代~20代の全6事例中)のうち2事例が、「いじめ」を受けた後の対処行動として「不登校」を行っていたため「情動焦点型コーピング」の事例として分類された。「不登校」自体は、他に2事例が確認されたが、「対処行動」以前に「精神症状」や「身体疾患」が認められていた。また、「いじめ」を受けたすぐ後(1年以内)に既遂に

至った事例はなく、4事例中3事例では当該学校を卒業して以降の自殺であった。

「過労(多忙な仕事)」については、「情動焦点型コーピング」と「サポート希求型」に分類された事例で確認され、「一度休職をしているが復職時に当たって何のサポートもなく、かつ休職前と同様かそれ以上の仕事量があった」事例と、「忙しく、家族にも辛さをもたらしているが、仕事を辞める、もしくは休むことができない」事例の2つのパターンが見いだされた。

「借金」については、図3の通り、多様な分布が見られた。「借金」の理由を事例に沿って詳細に検討してみると、自営業での経営悪化や子どもの学費の捻出、さらには連帯保証人といった家庭や会社経営のためと考えられるものもあれば、浪費目的での借金であったと考えられる事例まで様々であった。

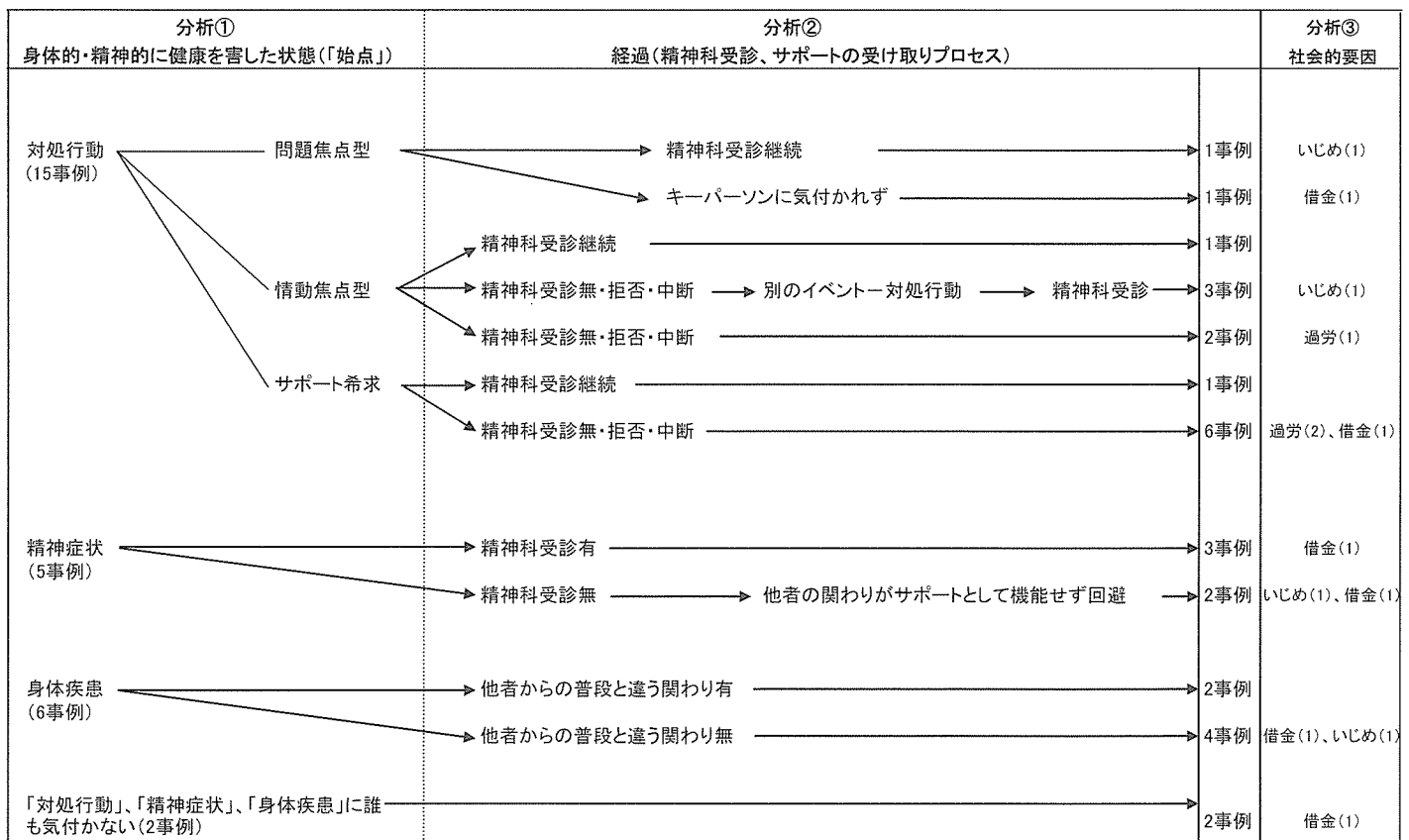


図3. 最初に確認された「身体的・精神的に健康を害した状態」による事例の分類と、その後のサポート受け取りプロセス、および社会的要因の配置

## D. 考察

### I. 事例分類の結果に関する考察

#### 1) 「対処行動先行型」と「精神症状先行型」から見た自殺対策における「精神科医療」

##### <精神科医療へのアクセス>

「対処行動先行型」または「精神症状先行型」に分類された事例の中で、精神科に継続的に受診していなかった事例においても、多くの周囲の人が精神的な問題に気付いていた可能性が高かったことが推察されたため、周囲の人を対象とした啓発や教育も効果があると考えられた。また、本人が家族による精神科受診の勧めを拒否した事例や、受診したにもかかわらず、継続しなかった事例も存在しており、家族教育・支援等と合わせた形で、本人に対する普及啓発等により精神科受診の敷居を下げる対策も重要であると考えられた。さらに、中断事例に対してはアウトリーチなどの方法を含めたフォローアップ等も有用と考えられる。

##### <治療困難事例への対応>

本研究の事例の中には、長期間にわたって精神科を受診していたにも関わらず、既遂にいたった事例もいくつか存在していた。こうした事例に対してはアセスメントの段階で長期的な視点を持ったケースマネジメントを充実させることや、医療の側が治療困難事例に対して適切に向かい合っていく体制づくりが必要であると考えられた。

また、「精神症状先行型」に分類された2事例は統合失調症の事例であったが、これまでも統合失調症患者の自殺の割合が高いことは報告されており（Bertolote, 2007）、「うつ病」以外へのハイリスクアプローチを考える上で、今後は統合失調症患者の自殺についても、詳細な研究を行っていく必要があると考えられた。

#### 2) 「身体疾患先行型」事例とサポート

「身体疾患先行型」に分類された事例の半数では、自殺直前の近親者との接触頻度に変化はなく、亡くなるまでの長期間に渡って家族から介護を

受けていた70歳以上の高齢者の事例であった。高齢者の介護には、サービスの利用が進みつつあるが、この研究で得られた事例では、「家族からの支援」を巡って心理的な葛藤や予期不安があったと考えられる事例ばかりであった。今後の介護サービス充実に当たっては、介護者に対する被介護者の気持ちを含めて検討することが重要なのかも知れない。

「身体疾患先行型」の70歳未満の事例は2事例とも幼少期から先天的な身体疾患、もしくは継続的に通院が必要な疾患に罹患していた事例であり、幼少期からの重度の疾患や障害への支援の充実は、重要な対策となることが示唆された。

#### 3) 「対処行動」と社会的要因

先述の通り、人がある出来事を「ストレス」と感じるかどうかは、「出来事の性質」、「本人の認知的側面」、「利用可能なストレス対処方略」といった、個人要因と環境要因のバランスで決まる。ここでは、本研究で得られたデータからストレスに関係する個人的側面として「対処行動」を、環境的側面として「社会的要因」と「サポート」を相互に関連させた上で、双方の視点から自殺者のストレスについて考察する。具体的には、分析①で「対処行動先行型」に分類され、かつ分析③でいずれかの「社会的要因」が含まれていた7事例（「いじめ」：2事例、過労：3事例、借金：2事例）の「対処行動」と「社会的要因」の関係を総括し、個人と環境の相互作用としてストレスを低減させる方法論を検討した。

##### <「いじめ」事例>

いじめ事例は、「問題焦点型コーピング」と「情動焦点型コーピング」にそれぞれ1事例ずつ分類されたが、いずれの事例においても、いじめに対してはその場限りの個人的な対処方法で解決を目指していた。その結果、いじめの原因の解消に力を注ぎすぎて自らの精神状態を一層悪化させてしまったり、不登校によって自尊心を低下させてしまったことで、将来の課題に取り組みなくな

るといった、二次的な問題が引き起こされていることが推察された。本研究からはいわゆる「いじめ自殺」について、「いじめ」そのものの解決に加え、いじめから自殺に至るまでの経過の中での、二次的な問題への対応も必要であると考えられた。

#### <「過労」事例>

「過労」事例は、「情動焦点型コーピング」に1事例、「サポート希求型」に2事例分類されており、これらの事例では、「うまく自分の仕事ができないことで自尊心が低下し、周囲からの評価が気になり、それを乗り越えるためさらに頑張ろうとするが、精神的負荷が高くなって頑張ってもうまくいかず、さらに自尊心が低下していく」といった形で、いわゆる「バーンアウト(燃え尽き)」のプロセスと同様に、悪循環にはまっていたことが推察された。また、1事例のみで休職と精神科受診歴が認められたが、通院は継続していなかった。こうした事例に対する対策では、長期的に見れば職場の環境改善は必須であるが、単純に仕事の量を減らせばそれでいいというわけではなく、一旦自尊心の低下した人に対してそれをしてしまうとさらに自尊心の低下を招き、逆効果になることもあり得る。したがって、短期的な対策としては、本人の心理的支援を中心にし、その心理状態に合わせて仕事の量と質の調整をしながら、休職支援や復職支援を行っていくことが現実的であると考えられた。

#### <「借金」事例>

「対処行動先行型」に分類された「借金」のケースでは、2事例ともに「先物取引」や「繰り返しの飲酒トラブル」といった無謀な行動が確認されており、「借金そのもの」の問題や制度上の問題を考えるだけでなく、本人のストレス対処方略の幅を広げるといった個人要因に対する心理的支援が必要であると考えられた。ただし、こうした人たちは自ら積極的に精神保健的なサポートを受け取りにくるということは考えにくく、実際に精神科受診歴も確認できなかったため、相談

窓口についての普及啓発や、英国のリーチングアウトのようなストレス対処のための支援方法を検討する必要がある。

#### <本年度研究における方法論上の限界>

①本年度研究は、心理学的剖検のパイロットスタディのデータを使用して行った研究であり、事例数も少なく、十分な分析ができたとは言えない。また、本研究では地域保健師等とすでに関係のある対象者に調査を行っているため、サンプリングバイアスがあったと考えられる。

②本年度研究は、パイロットスタディの全事例を包括的に説明するための、仮説的な分類枠組みを用いた探索的研究であった。そのため、事例の分類基準や評価には研究者の恣意性が含まれており、この分類よりもさらに説明力の高い理論枠組みが存在する可能性が残されている。

③本年度研究は、調査時点において過去を振り返っての聞き取り調査であったため、例えば高齢者は死亡直前の身体疾患の話になり本人の性格などの情報が少なくなるのに対して、子どもの事例では詳細な成育歴などが語られるといったように、年齢の異なる事例同士で情報に偏りが生じていた。

## II. 分析方法に関する総合的考察

本年度研究は、自殺の背景にある複雑な要因について、その時系列的な関連プロセスを定性的に研究する試みであり、パイロットスタディの全事例を包括的に説明するための、仮説的な分類枠組みを用いた探索的研究であった。本研究の結果から、「個人要因」、「社会的要因」、「サポートの受け取り(保護因子)」といった自殺の背景にある複雑な要因相互の関係を説明する一つの枠組みを提示することができた。このように自殺の背景にある複雑な要因の関連を分析し、自殺対策に貢献する具体的な検討を行うには、質的なデータを用いた定性的研究が有用である。ここでは心理学的剖検の方法論上の限界を踏まえた上で、本年度研究の結果から今後の我が国における自殺の実



態分析における定性的研究のあり方を提示する。

### 1) 心理学的剖検データの特徴と限界

心理学的剖検という方法論自体の限界として、亡くなった本人ではなく家族や知人からの聞き取り調査であり、「自殺者本人」が実際に経験したすべての出来事を把握することは不可能である。また、特に自殺者の認知的側面や意思決定のプロセスを把握することが困難である。したがって、本研究で検討した図1に含まれる要因について、周囲の人からの聞き取りだけで捉えようとするには限界がある。また、心理学的剖検では、遺族等の回答者から「自殺者本人」を「主体」とした行為の聞き取りを行うことを中心としているため、そこで得られる環境要因についての情報は、自殺者（もしくは回答者）から見た環境の情報でしかなく、「環境」の側から自殺を分析することはできない。

### 2) 今後の調査、分析のあり方の検討

#### <分析で使用するデータの質>

本年度研究では、少数データをもとに探索的な分析を行ったが、本格調査においてはさらに研究目的を明確に絞り、それに合わせた分析方法と事例の確保が必要となる。

本研究では、「危険因子」と「保護因子」という2つの要因相互の関係性を一連の「プロセス」としてとらえ、得られた結果から対策に寄与する考察を行うことを最も大きな目的としている。自殺者本人が死亡している以上、こうした要因に関連する情報を収集する方法論として、遺族等に対して聞き取りを行う心理学的剖検が第一選択肢に挙げられるが、一方で心理学的剖検には、「自殺者本人」の認知的側面、特に意思決定のプロセスを把握することが困難であるという方法論的限界が存在する。したがって、できる限り他者の主観が入りにくい情報、すなわち「他者が客観的に把握可能であった自殺者本人の行動や経験」をもとにして要因の定義・抽出を行うことが求められる。具体的に用いるデータとしては、本年度研

究で用いたようなライフチャートの中で見られる「(精神科医によって診断がなされている)精神疾患の既往」、「(医師の診断がなされている)身体疾患の既往」、「本人が経験したライフイベント」、「ストレス対処行動」、「相談行為」等が考えられる。

#### <事例の分類基準の設定と事例の確保>

出来事や要因の「プロセス」を記述する際には、時系列的な「始点」もしくは「基準点」を決めて事例を分類する必要がある。言い換えれば、自殺既遂までのある時期において、同じ出来事に暴露した事例を分類するような基準を決める必要があるということである。本年度研究では、全体の事例数が少ないため、全ての事例を用いて分析できるような幅の広い包括的概念として「身体的・精神的に健康を害した状態」という基準を設定した。さらに、その下位分類として「対処行動」、「精神症状」、「身体疾患」という暫定的な概念を用いて分類を行ったが、「対処行動」は多様な場面で見られ、たとえ「存在」していたとしても回答者によって「報告されるかどうか」が不安定なため、本格的な研究においては、自殺者本人が経験した（もしくは暴露した）出来事として確かに存在していた場合に、報告される可能性が高いものを「基準」として設定する方が望ましい。

先ほどの例の中では、「精神疾患」・「身体疾患」の罹患時期、「各ライフイベント」の経験時期などがこうした基準点として適当であり、調べたい要因に応じて、分析対象グループを特定する基準として用いることができると考えられる。例えば、「社会的要因」を中心に、他の要因との関連を分析するには、特定のライフイベントへの暴露が確認された事例を全事例の中から抽出し、そのライフイベントが確認された時点を基準点としてその前後のプロセスを記述することが一つの分析の形となる。しかし、精神疾患の罹患や各ライフイベント等を基準とする場合、年齢によって必然的に質・量ともに暴露経験に偏りが生じるため、まずはどの要因について分析を行うかを決めた

上で、その分類に用いる基準の性質に合った年代の事例数を確保する必要がある。

#### <各年代のデータの特徴>

パイロットスタディのデータから、各年代のライフイベント等の暴露に関する特徴を考察し、本格的調査における事例の抽出について検討を行った。まず10代～20代では、性格的特徴も比較的情報として得られやすく、交友関係も比較的限定されているため、情報としてある程度の深さを担保できたように考えられる。また、多くの人が辿る人生上の段階が明確に存在しており、比較的少ない事例数であっても学校場面や就業といった出来事で事例を整理できる可能性が高いと考えられる。

30代～60代の事例については、家庭内で男女の役割が明確に異なる上に、社会的には職場、友人関係と、人間関係が複雑で、それぞれの場面での役割が異なっていたため、分析に耐えうるまとまった数のライフイベント暴露事例を抽出するためには、多くの事例の抽出が必要であることが想定される。

70代以降については、本人の性格などの情報や過去の出来事が収集しにくく、心理的な側面を推論することが難しい年代であると考えられるが、結果でも示した通り、「身体疾患」が重要な出来事として存在しており、この年代では「身体疾患」を経験している事例を収集することが重要になると考えられる。

#### <自殺の実態分析における定性的研究および実態調査のあり方>

これまでの議論を踏まえた上で、今後の我が国における自殺の実態分析のための定性的研究では、より代表性の高い事例を収集し、分析を行うためにも、①各ライフステージで一定数以上の事例を確保し、②経験した出来事で分類した上で、③「対処行動」や「サポートの受け取り」プロセスの分析を実施できることが望ましいと考えられる。

また、本年度研究では、「社会的要因」という言葉を「自殺以前の心理状態に負の影響を与えるようなストレスイベント」と置き換えて研究を行ってきた。しかし厳密に考えれば、人間の行為はすべて社会的な文脈の中で意味を持ってくるものである。したがって、「自殺に関連する社会的要因」と言った場合、本研究における狭義の要因ではなく、個人の生活している社会構造といった大きな視点が含まれる。一方で心理学的剖検は、先述の通り、遺族から個人を主体とした行為の聞き取りを行うことを中心としており、社会的文脈まで捉えることには限界がある。したがって、社会的文脈を含めてより立体的に個人の死を捉えるためには、この心理学的剖検の限界を補う形で、自殺者が置かれていた環境を含めて、より多角的な視点からデータの収集と分析を行う必要がある。具体的には、自殺の多発地域の特徴を社会構造の側から分析することなどが考えられ、いわゆる Hotspot（自殺の多発地域）の調査として、各地域で実施されることが今後期待される。

#### E. 結論

本研究は自殺の背景要因の複雑な関連性を時系列的なプロセスをとらえるための定性的研究のあり方を検討するため、心理学的剖検のパイロットスタディで得られたデータから、各事例についてライフチャートを作成し、探索的な研究を試みた。

作成された28のライフチャートにおいて、「身体的・精神的に健康を害した状態」として「対処行動」、「精神症状」、「身体疾患」のうち、どれが最初の出来事として確認されたかによって、各事例を分類した上で、その出来事以降のサポートの受け取りプロセスについて分析を行った。さらに、その分類を基本としつつ、各事例がどういった特徴を持っていたかについて、社会的要因と合わせて検討を行った。

来年度以降に用いる事例分析の方法論のあり方を提示することができ、本格的な調査における

自殺の背景要因に関する定性的研究の実施準備が整った。また、本年度研究で得られた事例の分析結果から自殺対策として考えられる方法論を提示することができた。

#### F. 健康危険情報

該当しない

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当しない

##### 2. 学会発表

該当しない

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

該当しない

#### I. 引用文献

- 1) Bertolote, J. (高橋祥友・山本泰輔訳) 各国の実情にあった自殺予防対策を. 自殺予防総合対策センターブックレット No.1. 2007. 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
- 2) Folkman, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852, 1984
- 3) Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., Hawton, K. Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders* (in press)
- 4) 橋本剛. ストレスと対人関係. ナカニシヤ出版. 2005.
- 5) 自殺対策関係省庁連絡会議 自殺予防に向けての政府の総合的な対策について 2005.
- 6) Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. 1984 (R.S. ラザルス・S. フォルクマン著 本明寛・春木豊・織田正美監訳 ストレスの心理学－認知的評価と対処の研究－ 実務教育出版 1991)

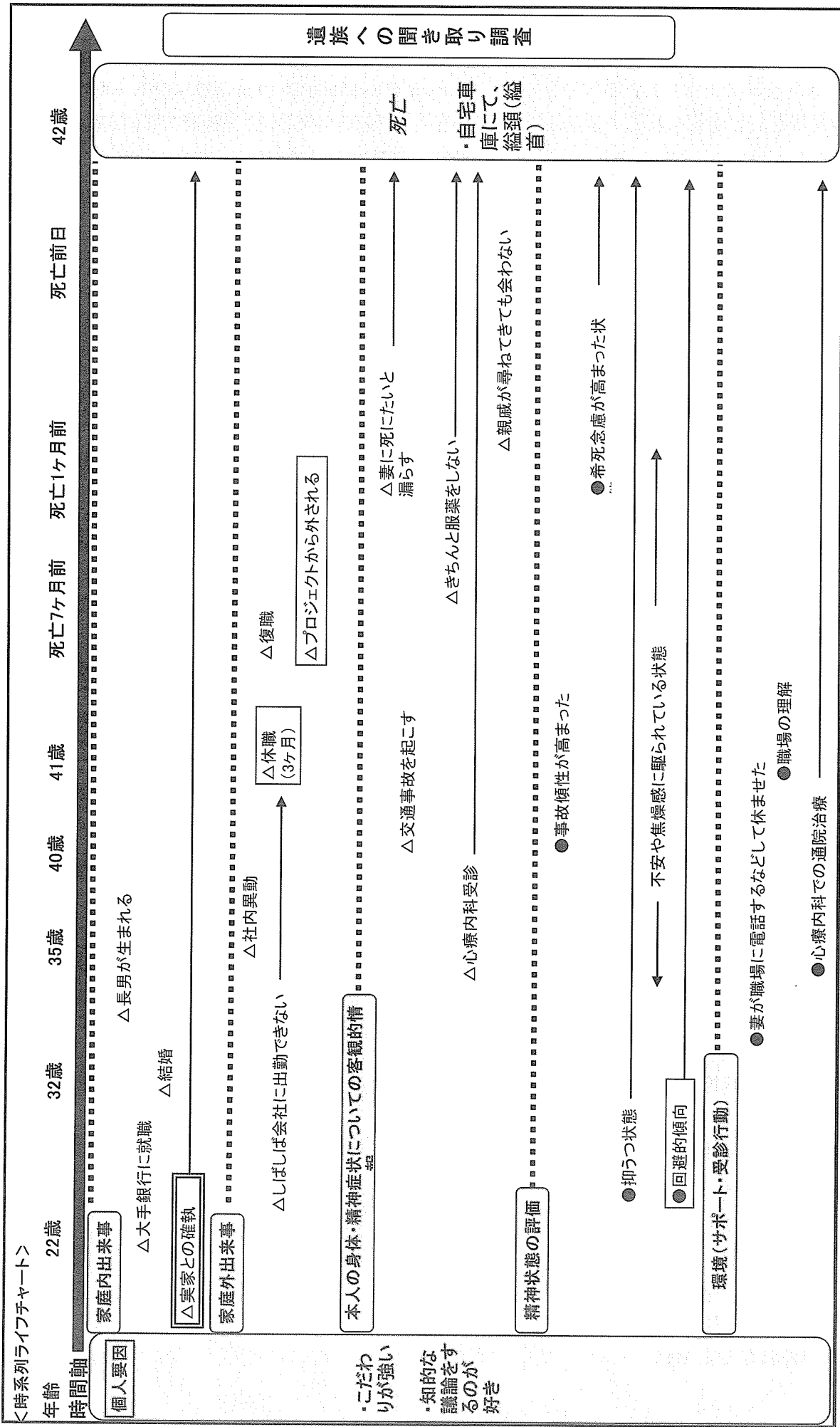
7) New Zealand Ministry of Health. *New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016*. 2006.

8) 内閣府自殺総合対策の在り方検討会第6回議事次第 自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針(骨子). 2006

URL: [http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/kentokai\\_6/index.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/kentokai_6/index.html)

9) Stroebe, W. *Social psychology and health*. Open University Press. 2000

10) 竹島正、川上憲人、高橋祥友、張賢徳、渡邊直樹、北井暁子 心理学的剖検のフィージビリティスタディの実施と評価に関する研究. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業. 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括分担研究報告書II (主任研究者 北井暁子) 11-20. 2006.



＜この事例への介入ポイント＞

- ◆服薬指導の徹底
- ◆家族教育などを含めた相談システムの構築と、アクセスの改善
- ◆休職経験者への特別支援
- ◆自殺未遂経験や自殺のほのめかし等のサインを、自殺予防に利用するエビデンスを検証
- ◆遺族ケア

＜まとめ：原家族における葛藤的關係に、最後まで直面化できなかった事例＞

実家は祖父から代々続く大手銀行マンの家系であり、英才教育を受けるなど厳しく育てられた。本人も同様の道を選んだが、発達段階においても父性的な権威に対してうまく反発もできず、回避的な性格傾向が形成されてきたことが、結果的に職場での不適応にも結びついたり考えられる。「会社に行かなくてはならない」という思いと、自身の中に湧いてくる回避的な欲求との葛藤からうつ状態に陥り、最終的な自殺行動に至ったと考えられる。

＜警察庁分類＞：家庭問題、健康問題、勤務問題

図4 「対処行動」が最初に確認できた事例