

## B. 研究方法

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の調査員トレーニングの修了者の勤務地である自治体の自殺対策主管に平成 20 年 1 月 25 日付で電子メールにて調査票を配信し、回答を依頼した。

質問紙は多肢選択法と自由記述法を併用した自記式質問紙とした(資料参照)。質問内容は下記の通りであった。

- 1) 調査に伴う面接対象者の支援体制
- 2) 面接対象者の選定状況
- 3) 面接対象者・候補者の把握経路
- 4) 今後の面接対象者把握経路の予定
- 5) 調査実施に関する困難な点及び調査センターへの要望

質問 1)、3)、4) は多肢選択式、質問 2) は単一回答の選択、質問 5) は自由記述式であった。

回答が得られたのは 44 自治体であった(回収率 95.7%)。

## C. 研究結果

### 1. 調査に伴う面接対象者の支援体制

面接対象者の支援体制のうち、最も多かったのは「精神保健福祉センター・保健所等における精神保健福祉相談で対応」で 34 箇所(77.3%)、次いで「遺族の自助グループ・支援グループ等との連携」が 19 箇所(43.2%)、「自殺者親族等に特化した相談窓口」が 9 箇所(20.5%)であった(複数回答)(図 1)。上記以外の「その他」としては、「市町村保健師による継続訪問」、「大学医学部や臨床心理士会による支援を調整中」、「自死遺族のつどいを開催」、「相談があれば個別に対応」、「こころの相談・専門相談日で対応」があった。

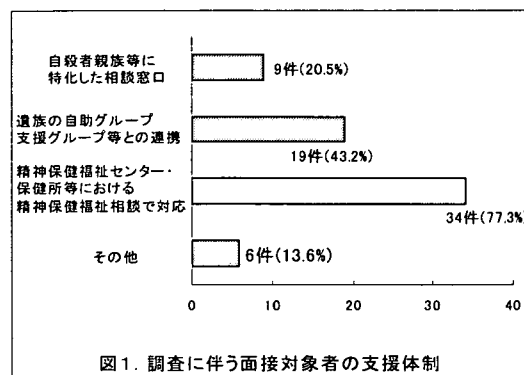


図 1. 調査に伴う面接対象者の支援体制

44 自治体のうち、支援体制が 3 種以上整備されているのは 6 箇所(13.6%)で、2 種が 17 箇所(38.6%)、1 種が 15 箇所(34.1%)、「未整備もしくは調整中」は 6 箇所(13.6%)であった。

### 3. 面接対象者の選定状況

面接対象者の把握状況については、「対象者が確定している」は 2 地域(4.5%)、候補者を把握している」が 7 箇所(15.9%)、「対象者未定」が 35 箇所(79.6%)であった(図 2)。

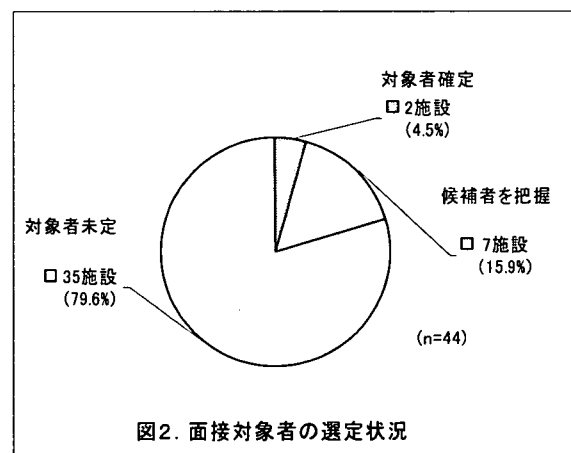


図 2. 面接対象者の選定状況

### 4. 面接対象者・候補者の把握経路

「対象者が確定している」または「候補者を把握している」と回答のあった 9 自治体の、面接対象者・候補者の把握経路は、「遺族の自助グループ・支援グループ」が 5 箇所、「地域保健活動」が 4 箇所であり、その他として「検死医師の協力」が 1 箇所であった。2 経路での把握をしていたのは 1

箇所であった（複数回答）。

#### 5. 今後の面接対象者把握経路の予定

今後の対象者・候補者把握の手段としては「遺族の自助グループ・支援グループ」が 28 箇所（63.6%）、「地域保健活動」が 26 箇所（59.1%）、「講演会・広報等を通じて」が 16 箇所（36.4%）、「遺族等に特化した相談窓口」が 12 箇所（27.3%）であった。その他の経路としては、「一般相談を通しての把握」（3 箇所）、「他機関・団体を通しての把握」（3 箇所）、「広報活動等」が挙げられていた。「未定・検討中」と回答したのは 3 箇所（6.8%）であった（複数回答）（図 3）。

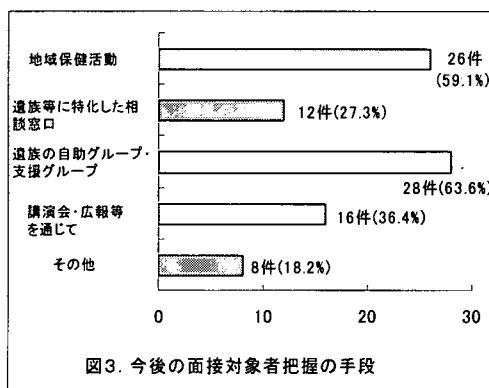


図3. 今後の面接対象者把握の手段

#### 6. 調査センターへの意見・要望、調査実施に係る問題点

調査センターへの意見・要望としては、「調査・支援体制整備に係る全体的なバックアップ」が 3 箇所、研修への講師依頼を含めた「調査員・職員への教育的支援」が 2 箇所、「一般市民への広報活動」、「対象者への結果の還元」、「対象者把握に関する情報の提供」がそれぞれ 1 箇所挙げられていた。調査実施に係る問題点として、「対象者の把握・確保」を挙げたのが 9 箇所でも多く、「調査期間の短さ」が 4 箇所、「支援体制への課題」が 4 箇所、「支援に関する知識・経験不足」が 3 箇所、「調査員の確保」が 2 箇所であった。

その他、他調査が同時期に行われている

ことによる対象者への負担や、調査員のストレスに関する意見があった。

#### D. 考察

平成 20 年 2 月の段階で、面接対象者が確定しているのは 2 つの地域にとどまっていたものの、「面接対象者の支援体制が未整備・調整中」と回答した自治体は 6 箇所だけであり、多くの調査予定地域で、支援体制の整備が進められつつあると考えられた。

対象者が確定していると回答のあった 2 箇所は、以前から自殺予防・遺族支援に積極的に取り組んできた自治体であることが関係していると考えられた。

候補者の把握までは済んでいる 7 箇所には「自殺者親族等に特化した相談窓口」を設けている自治体はなく、既存の相談窓口や遺族支援団体との連携を通して調査対象者の選定が進められているものと考えられた。

調査センターへの意見・要望、調査実施に係る問題点（自由記載）では、「対象者の把握・確保」、「調査期間の短さ」、「支援体制への課題」、「支援に関する知識・経験不足」が課題であるという意見があったが、まず遺族と出会う機会をどのように持つか、ということが課題と考えられる。18 年度パイロットスタディに参加した実施の自治体の中には、調査への参加を機に遺族支援グループを始めた自治体もあることから、現段階は、各自治体が試行錯誤をしながらも、それぞれに適した支援体制構築を模索している時期であるとも考えられる。遺族と出会う機会については、今後の各自治体の取組の中で、さまざまな方法が明らかになってくることが期待される。

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に参加する各自治体の取組を円滑に進

めていくため、調査センターとしては、系統的に広報活動を進めていく必要がある。例えば、厚生労働省精神・障害保健課等と協議しながら、保健所、市町村保健センター、医療機関、保健師や精神保健福祉士等の組織等に「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の実施と協力を依頼していくことが考えられる。また、地域の遺族ケア団体等にも「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について理解を図っていく必要がある。「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の実施は、本調査に参加した自治体の自殺対策が進んでいく一助になるべく取り組む必要があり、これら組織と連携することは、一般市民への普及啓発にも役立っていく可能性がある。

各調査地域の遺族支援体制構築における初期段階での支援が必要と考えられる。調査地域ごとの利用可能な資源が異なることに留意しつつ、調査センターから計画的に各自治体に出かけていき、顔が繋がった中で支援を行うことが必要と考えられる。調査センターとしては、各自治体を訪問しての支援のほか、調査に参加する調査員同士のメーリングリストの活用や調査員交流会の開催を計画しているが、これらも重要な支援策になると考えられる。

#### E. 考察

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の本格実施に向け、調査への取組状況、調査センターに求められる支援内容等について把握することを目的に、基礎調査の調査員トレーニング修了者のいる都道府県・政令指定市の自殺対策主管課 46 箇所を対象に、調査への取組状況、調査センターへの意見・要望、調査実施に係る問題点について質問紙調査を行った。2008年2月時点

で調査対象が確定していると回答した自治体は2箇所、調査対象候補者を把握していると回答した自治体が7箇所、対象者未定が35箇所であって、各自治体は調査の実施に向けて体制整備を進めている時期であると考えられた。調査センターとしては、本調査の意義について計画的な広報活動を行うこと、各自治体への訪問支援を計画的に行うなど顔の見えるつながりの中で支援を行っていくことの必要性が示唆された。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

I. 参考・引用文献：なし

## 調査実施準備状況についての調査

都道府県・政令指定都市名

記入者氏名

所属

連絡先(電話番号)

<p><b>1. 調査に伴う面接対象者の支援体制について</b> 該当する選択肢の番号に○をつけてください(複数選択可)</p> <p>① 自殺者親族等に特化した相談窓口</p> <p>② 遺族の自助グループ・支援グループ等との連携</p> <p>③ 精神保健福祉センター・保健所等における精神保健福祉相談で対応</p> <p>④ その他( )</p>
<p><b>2. 面接対象者の選定状況</b> 該当する選択肢の番号に○をつけてください</p> <p>① 面接の予定がすでに決まっている対象者がいる</p> <p>② 本人には打診していないが、面接対象者の候補となる者を把握している</p> <p>③ 面接対象者は未定である</p> <p>④ その他( )</p>
<p><b>3. すでに面接対象者・候補者を把握している場合のみお答え下さい。</b> どのような経路で候補者を見つけましたか？ 該当する選択肢の番号に○をつけてください(複数選択可)</p> <p>① 地域保健活動</p> <p>② 遺族等に特化した相談窓口</p> <p>③ 遺族の自助グループ・支援グループ</p> <p>④ 講演会・広報等を通じての出会い</p> <p>⑤ その他( )</p>
<p><b>4. 今後どのようにして面接対象者を見つける予定ですか？</b> 該当する選択肢の番号に○をつけてください(複数選択可)</p> <p>① 地域保健活動</p> <p>② 遺族等に特化した相談窓口</p> <p>③ 遺族の自助グループ・支援グループ</p> <p>④ 講演会・広報等を通じての出会い</p> <p>⑤ その他( )</p>
<p><b>5. 調査実施に関する困難な点、ならびに調査支援センターへのご要望(自由記載)</b></p>

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

心理学的剖検の実施および体制に関する研究

研究協力報告書

調査面接から遺族支援へ

研究協力者：渡邊 直樹（青森県立精神保健福祉センター）

研究要旨：心理学的剖検のフィージビリティ・スタディとパイロットスタディに参加し、行われた遺族調査が契機となってA市で「遺族のつどい」が誕生し、すでに何回かのつどいが行われた。地域の保健師が心理学的剖検を通じて何をどのように感じ取り、また遺族がこの調査をどのように受け止め、調査を通じて調査員と調査対象となった遺族双方にどのような心理的变化がみられたのかを検討した。

### 1. 調査研究との関連

ここで述べる心理学的剖検とは、故人の生活歴や家族歴、生活出来事や精神障害の有無などについてサバイバー（遺族、友人、上司や同僚、医師や心理士など）から半構造化面接というより客観的・科学的な方法で故人の情報を得て、効果的な自殺対策に役立てるというものである。しかし私たちが注意しなければいけないのは、調査員の立場ではしばしば情報収集だけに注意が向けられ、遺族の気持ちを受け止めることができなくなってしまう。実際私たちはこれまでの調査でも「決められた質問文」をそのまま読み上げることにこころを奪われ、回答者がどのような気持ちでいるのかということ推量する余裕がなくなってしまう。

私たちの調査研究では「自由な話し合いの時間」が設けられているが、この時は調査者も回答者もこのようなことにこだわらずに質問できるし、回答者もごく自然に故人を想起して話すことができる。この時に調査者は回答者の気持ちに「共感」しながら話を聴く

ことができる。ここで述べる共感とは「自己のこれまでの生活史で体験されたことを踏まえて、相手に感情移入すること」である。しかし大事なことは回答者と感情的に一体になることを意味しない。むしろ相手をいろいろ観察することも可能な心理状態をいう。調査者が相手と一体になってしまうと客観的な判断ができなくなる。例えば遺族が「あのDrはひどい、私を20分も待たせてほとんど話を聴いてくれない」という内容を「ほんとうにひどいDrだ」と一方的に決めつけてしまえば、これは実態を把握したことにはならない。よく調べてみると大変患者思いのDrで他の患者が急変したことでつい時間をとられてしまったのである。サリバンのいう「関与しながらの観察」participant observation という心理状態であろう。

情報収集にのみ関心が向けられてしまう心理状態を「マインドレス」、調査対象者と感情的に一体となってしまう客観的な判断ができなくなってしまう心理状態を「ブレインレス」と形容できる。

心理学的剖検を行ったところはA市であるので、これについて紹介する。高齢化率は27.5%である。自殺率は青森県内では高い方に位置し、特に平成16年には人口10万人あたり47.4であった。この年の自殺者数は19名であり、そのうち3名が女性であった。

## 2. 遺族にどのようにアプローチするのか？

これはいつも問題となる。保健師がキーパーソンとなり遺族に調査の協力を求めて働きかけるということは共通の理解が得られても、さてそれでは地域のどこの誰が自殺をされたかという情報は、地域の住民や消防署あるいは医療機関などから得ることができるが、一応文書で確認できれば、その情報を元に保健師が遺族と連絡をとることができる。しかしこの文書とはなにかということが、いまの時点ではあいまいになったままである。保健所の死亡小票は本来統計的な実態把握のためであり、遺族調査のために用いてよいことにはなっていないのである。ある町では戸籍課に死亡診断書が提出されると、自殺担当保健師に連絡が入り、その保健師が自殺の有無を確認するというプロセスをとり、町の住民に対しては「町で亡くなられた方が出た場合には保健師が家庭訪問することになっています」ということを広報で周知してもらっている。個人情報保護という視点からとらえると難しい問題をはらんでいるようである。

次に調査の時点の問題である。これまでの調査では調査対象者が自殺をしてから1年前後となっているが、特に科学的な根拠は今のところない。自殺が生じた後に調査はできるだけ早い方がより正確な情報が得られるとする考え方があるがはたしてそ

うであろうか？警察の検視に精神科医や保健師も立ち会って遺族からその場で情報を得ることがもっとも正確な情報が得られるとする意見もある。しかし周知のようにこの時点での遺族は大切な人を亡くしたという衝撃のあまりになかば混乱状態となることも考えられる。その場合「遺族からより客観的な情報を得る」ことは難しいのではないだろうか？むしろ遺族の多くは49日を終えたころによりやく一息をつき、これまでの状況をより客観的に見て取ることができるのではないかと思われ、さらに一周忌を経たころの方がより多くの遺族がある程度落ち着きを取り戻し、亡くなった人についてより冷静に、より客観的にとらえることができるのではないかという推測から「1年前後」という時間的取り決めができたように思われる。

ところで遺族は時間が経つにつれて亡くなった人のことを徐々に想起できなくなっていくのであろうか？フィージビリティ・スタディでは亡くなって20年経過した遺族の方の訪問調査を行ったが、故人について亡くなる前後のことは鮮明に覚えていたのである。故人についてどのような情報がどの程度記憶から失われていくのかを今後明確にしておく必要がある。米国ローチェスター大学のコンウェル教授にメールにて確認したところ、自殺が生じてから6週間から6カ月の間に心理学的剖検を行うという。しかしこれは慣習であって、明確な根拠はないという。より正確な情報を得るためという視点であった。

さてそれでは1年前後に自殺で亡くなった人のリストが出来上がったとして、まず保健師が電話で調査を依頼する。「全国での自殺者は3万人を超え、国としても何らかの対策を行っていく必要があるが、まずは

実態把握が求められている。そこで青森県と保健所そしてA市で平成18年度心理学的剖検のパイロットスタディに協力することとなった。調査に協力してもらえないだろうか?」というような内容の依頼である。A市では10人の遺族に電話したところ、3名の方が依頼に応じてくれた。しかしあとは「自分は構わないが、嫁が反対するので」などの理由で断られた。遺族の立場から考えられることは、やはり「周囲に知られてしまうことへの抵抗感」がある。病気であればともかく、自殺であればいろいろなことばが実際に投げかけられてしまうからであろう。そのうちの2名の遺族からは保健師の上司にクレームがきた。その際にはA市としての取り組みであること、保健所や県も支援している国の事業でもあることを説明した。精神保健福祉センターもA市に出向き、上司に趣旨の説明を行い、上司からは遺族にその内容が伝えられた。その他遺族からの反応としては以下のようなものがあつた。「せつかく忘れようとしていたのになんだもんだ?」、「また警察の事情聴取のようなことはうけたくない」などであつた。これらは遺族としては素直な反応なのであろう。遺族としては亡くなった人のことを考えるのに気が重くなってしまうのは、そのとらえ方がこころのバリアになってしまう。すなわち多くの遺族は重要な他者として大切な人が亡くなってしまったことに対して、「自分があの時ああしてあげなかったのがいけなかった」と自責感にさいなまれるのである。また遺族の親戚からもさまざまな言葉が投げかけられる。例えば「あなたがしっかりしないからいけなかったのではないか」という亡くなった故人の両親から嫁である本人に投げかけられる。これは大変つらいことばであり、ますます

心理的に追い込まれることとなる。従って一時期は「うつ状態」にもなり得る。さらに周囲の住民からもいろいろなことばが投げかけられる。例えば娘を自殺で亡くした父親に対して、「まだ2人いるから元気だせや」などのことばである。近隣の人としては善意であっても遺族が追いこまれるようなことばを投げかけてしまうのである。それでは調査対象となった遺族とはどのようにことが運んだのであろうか?

### 3. 調査者の心理状態の変化

この調査を始めるにあたってキーパーソンとなるのは地元の保健師であろう。A市の保健師は実際に自分の周囲に多くの自殺者をかかえている。友人の母親、尊敬していた教師、自宅を建てた大工、職場の同僚、地区で担当していたケース、健康相談に来ていた高齢女性、自殺未遂の可能性があつたケースなどである。まさしくひとつどではない体験があるからこそ、「なんとかしなければ」とこの訪問調査に協力する気になつたのである。ではなぜ行政主導でなければならないのかということであるが、自死遺族の人たちは弱い立場にあり、思いを胸に秘めて孤立している、言葉にならない、できない悲しさ、孤立してしまいさらに辛い状況におかれている。そして家族間でも話題にできない、話題にしてはならないというような暗黙の決まりごとが支配しているのである。また周囲の住民たちもどのように声をかけてあげたらよいかかわからず、ついつい原因追及になつてしまつて遺族をさらに傷つけてしまう。誰かと分かち合いたいけれども自分から声をかけることができない、地域の独特な雰囲気支配してしまうのである。それでは孤立した個々の遺族という点と点をつなぐのは誰であろう

か？また遺族がかかえているこのような思いを無駄にはできない。そうはいつでもモデルがないので不安は大きい。ここまで進んでよいのかという疑問があり、ましてや上司の反対意見を聞いたりするとなおさら自信はなくなる。しかし無駄にしてよい命はないと考え先に進むことを決意するのである。またこの事業を国が行っているということは大きな支えになっているのである。そしてこの活動は地域を知っている保健師だからこそできることなのである。つまり地域に出向いている保健師だからこそ、いっどこで何丁目の誰さんがどうしたのかということ把握できているのである。近年保健師の仕事はますますデスクワークが増え、この重要性が見失われてきているのである。さてそれでは実際にインタビューにこぎつけてどのようであろうか？

基本的に精神科医と保健師がペアになってインタビューが始まるが、中心的役割を演じる保健師は当初大変緊張する。不用意なことばで調査対象者が不安定になったり、混乱したらどうしようという心配からである。しかしその心配はさほどでないことを経験するのである。実際調査に応じてくれた遺族は意外なほど積極的にいろいろな思いを話してくれる。実はインタビューの前に電話だけでなく、保健師が訪問して事前にいろいろ話をしており、遺族はすでに保健師に信頼感をよせている場合が多いのである。そしていまさらながら保健師はこのインタビューの重要性を再確認するのである。そしてこのような機会を1回だけに終わらせるのではなく、遺族のつどいに結びつけたのである。これはむしろ必然的な帰結といえ、むしろ1回で終わらせてしまえば、結局遺族は孤立したままだからである。以上のことからA市では遺族調査を契機に

遺族のつどいが誕生しすでに5回のつどいを終え、6家族7人の遺族が参加した。ところで精神科医は心の健康問題（精神障害の有無）の把握のところで担当するが、その他保健師を心理的に支える役割がある。また遺族はもちろん調査者自身が不安定になったときにそのケアを行う役割を演じる。

#### 4. インタビューによる遺族の心理状態の変化

まずは自殺のことを周囲に知られることを恐れている。また多くの遺族が自責感をいつまでも抱いている。しかし調査者にいろいろ故人を思い出して話すことで、自分の気持ちが整理される。そして少し距離をおいて故人をみつめなおすことができるようになっていく。調査依頼を引き受けた遺族の多くは、故人を思い出し、遺族の思いを調査者に語ることを通して、「話してよかった、楽になった」などと答えている。遺族が故人を思い出すことで精神状態が不安定になってしまうのではないかあるいは遺族が調査者に対して懐疑心を向けてくるのではないかなどと案じる調査者もいるかもしれないが、そのようなことは実際には認められなかった。これは恐らく事前に保健師との信頼関係ができていたからなのではないかと思われる。突然家庭訪問して調査を行えば当然拒否的な反応がみられるであろう。従ってこのようなお膳立ては必要なのである。

#### 5. つどいの意味について

こうしてA市ではわたしたちの訪問調査を契機として遺族のつどいが行われている。保健師によって個々の遺族につどいの案内が行われ、なるべく周囲には知られないようにとの配慮が行われている。つどいでは



さまざまな思いが語られる。遺族同士がつどいでまみえることによって当初は「隠れて、ひっそりと悲しい気持ちを分かち合う」という考えから次第に会を重ねるうちに「同じ辛い思いをするひとを増やさないためになにかをしたい」あるいは「自分が故人の思いを代弁して生きていきたい」さらに「自分や周囲の偏見を取り除いて安心して笑ったり楽しんだりできる共同社会を築

いていきたい」というように変化していくのではないだろうか？これはまさしく平山の指摘するような遺族の「悲嘆のプロセス」にあてはまる。そしてこのような3次予防の取り組みは実はわたしたちが地域で行ってきた「住民が安心して気持ちを伝え合うことができる地域づくり」に見合うこととなる。

## 悲嘆のプロセス(平山正実氏による)

	第Ⅰ期	第Ⅱ期	第Ⅲ期	第Ⅳ期
	ショックの段階	怒りの段階	抑うつ段階	立ち直りの段階
感情	情動や現実感の麻痺、離人感、涙が出ない、感情が湧かない、ぼうつとした感じ、足が地につかない感じ	怒り、悲しみ、罪責感、責任転嫁、大声を出して泣いたり涙を流す	絶望感、無関心、深い抑うつ、寂寥感、空虚感、あきらめ、無表情、希死念慮(死にたいと願う気持ち)	エネルギーが出て元気になる
思考	なにも考えられない、混乱状態、集中できない、当惑	故人の思い出(追憶と思慕)にとられる。故人の死を認められない。両面的(幻想空想と現実)思考を統合できず悩む	周囲のあらゆるものへの関心を失う、思考抑制、卑小感、自尊心の低下	新たな決意と希望がもてる。日常生活への関心やかかわりをもとうとする意欲が出てくる。故人の死の現実を認められるようになる
行動	日常生活において、しなければならない簡単なことができない	亡くなった人を探索しようとする。自分の弱さを見せないように明るく忙しく行動する	適応能力の欠如、引きこもり、人とほとんどかかわりをもたない	人格的成長、新しい生き方の確立、新しいライフスタイルに基づく行動ができる
疾病・疾患	パニック(不安)発作、過呼吸症候群、ショック反応	躁うつ病(焦燥型)、情動と観念の分離、選択的健忘、解離状態	心因性うつ病	健康状態に回復する

※この段階を行ったり来たりしながら立ち直っていく

### 6. 保健師の感想

つどいはA市では保健師がファシリテーターとして参加した。ほとんどが事前に保健師とコンタクトを得てから参加しており、このような保健師がつどいの場にいることが参加した遺族に安心感を与えるのである。そして保健師自身の感想としてはいまさらながら地域でこのような想像を絶したつらさを抱えている人たちがいることを思い知らされたこと、悲しさを怒りに変えて生きるエネルギーにしている人もいること、他人を受け入れたくないという人や他人に思

いを話したいという人もいること、当初はことば少なかったが、安心感が備わると一気に話し始めること、家族間ではお互いのつらさがわかるのであえて話題にしないこと、保健師と遺族としてというよりは人と人とのふれあいであること、参加しなくても広報や新聞に注意を払っていること、自死が起こったあとも相続や人間関係で悩んでいることなどが確認できたのである。このような保健師による気づきはまさしくつどいがあったからこそ得られたものなのである。

## 7. まとめ

以上のことから「自殺予防と遺族支援のための調査研究」と題されたいわゆる心理学的剖検の取り組みは、単なる情報収集のみならず、調査員の立場としての行政の側としての保健師や医師が地域でこんなにつらい思いをしている人たちがいることに気づく契機となり、また調査対象者としての遺族は当初の懐疑心が徐々に安心感に変わり、自己の思いを語ることで気持ちが整理され、この調査が悲嘆のプロセスをたどる契機となり、遺族のつどいに結びついている。そして最終的には遺族もそれまでの閉鎖的な気持ちから多くの人に生きることの大切さを知ってもらいたいというように自己開示できるように気持ちの変化が見られてくるのであり、これは事前予防の活動に一致することとなる。こうして遺族の支援も地域の力になっていくと思われる。

参考文献：

Kaplan,H.I.& Sadock,B.J.: Synopsis of Psychiatry. Eighth Edition, 1997

本橋 豊、渡邊直樹（編著）：自殺は予防できる。すぴか書房、和光市、2005

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

心理学的剖検の実施および体制に関する研究

研究協力報告書

地域における遺族ケアと簡易実態調査の試み～検案医師との連携による試み～

研究協力者：梶本まどか（滋賀県立精神保健福祉センター）

辻本 哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）

松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：本稿では、遺族への聴き取りにもとづく実態調査の実施にあたって、死亡検案を行う医師を介して遺族と接触し、自殺の実態調査を行う方法について検討し、その試行的成果を報告した。この実態調査は、1段階目の簡易調査を終えた遺族の一部が、「自殺予防と遺族支援の基礎調査」へと導入されるという2段階方式を採用し、情報の量と質の異なる2つの実態調査を組み合わせたものである。また、遺族ケアとも密接に連動した実態調査の試みとしての価値もある。

#### A. 研究目的

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」は、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターを調査拠点として展開される。しかし、調査に協力するにあたっては、そもそもどのようにして自殺者の遺族と接触するかという問題がある。

遺族との接触方法として理想的なのは、精神保健相談や遺族相談を通じた接触であろう。これらによる継続的な相談関係を持てた遺族のなかから、調査協力者を募るという方法は、ケアと調査が連動した理想的な方法である。しかし、まだ遺族相談に特化した窓口を持たない都道府県は少なく、また、すでに遺族相談窓口を持っていても、なかなか遺族が来談しないという話を耳にすることも多い。その理由としては、遺族が精神保健的支援を受けることに抵抗感を抱いている場合もありうるが、

他方で、そのような相談窓口の存在が十分に周知されていない場合もあるように思われる。

本稿では、死亡の検案に関わる医師との連携によって、遺族が精神保健的支援を受ける機会を増やすとともに、自殺の実態調査を進めるという、P県における試みについて、報告したい。

#### B. 研究方法

本報告では、P県において検案を行う医師と連携した実態調査を行うこととなった経緯、ならびに現在までの実施状況について、継時的に記述するという方法を採用した。

なお、事例の記述にあたっては、個人の特長が可能と思われる情報を削除、もしくは事例の本質に影響しない範囲で加工し、最大限の匿名化に配慮した。

## C. 研究結果

### 1. 『P 県における自殺者遺族への調査』 の実施までの経緯

[2007 年（平成 18 年）9 月]

P 県 Q 保健所所長より精神保健福祉センターに「保健所管内のある法医会に所属する医師で、検死業務に携わるなかで自殺の原因解明に関して提案したい方がいる」との連絡があった。後日、精神保健福祉センターにおいて話し合いの場を持つこととなった。

[同 9 月 21 日]

精神保健福祉センターにて打ち合わせを実施した。参加者は、精神保健福祉センターの精神科医と保健師、法医会所属医師、Q 保健所所長、国立精神・神経センター研究者であった。

その打ち合わせにおいて、検案に携わる医師より、P 県で自殺の実態調査が行う必要性が提案された。具体的には、「調査にあたっては、遺族と最初に接触し、県警とも連携できる検案医師を活用してはどうか」という内容の提案であった。

研究者より以下の提案があった。それは、「国レベルで遺族に対する心理学的剖検を始めているが、遺族の把握が困難なこともあり、思うように進んでいないところがある。県法医会や警察の連携がとれれば調査は確実にやりやすい。遺族をすみやかに心理的ケアにつなげることができるとともに、そこから調査対象者をリクルートすることができる。検案に関わる医師との連携にもとづく、地域独自の実態調査と全国的な心理学的剖検の実現を目指して、方式を考えながらこの話を進めてもらえないか」というものであった。

[同 11 月 8 日]

Q 保健所にて「調査マニュアル」を検討した（参加者：保健所所長、法医会所属医師、精神保健福祉センター精神科医・保健師）。

[同 12 月 6 日]

法医会所属医師に、遺族向けの相談パンフレットや遺族の自助グループの案内、事前調査のお願い文「遺族のみなさまへ」（巻末資料 1）を作成し送付し、調査開始となる。

### 2. 調査の実施

以下の手続きで、P 県における実態調査を行っている。

#### 【調査実施の手順】

- (1) 遺族が検案書を取りに来られた際に、検案をした法医会医師が時点で、上記のパンフレットや案内を渡し、センター職員の聞き取り調査の説明をする。
- (2) (1) の時点で遺族からの了解が得られた場合には、精神保健福祉センターの保健師から遺族に電話連絡をし、訪問して聞き取りが可能かの了解を得る。
- (3) 保健師が訪問し、遺族の会の紹介をするとともに、遺族への簡易な自記式調査（P 県における実態調査票：巻末資料 2）への協力を求める。このとき、検案を行った医師からの情報（巻末資料 3）の利用に関する同意も得る。
- (4) 必要があれば、遺族相談を継続する。
- (5) 継続的な相談関係のなかで、さらに遺族からの同意が得られた場合には、心理学的剖検調査（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」）を実施する。

### 3. 実施後の状況

調査開始当初は、精神保健福祉センターでは、遺族からの連絡を待つようにしていた。しかし、遺族自身の方から電話をするのは難しいのであろうと考え、精神保健福祉センターから連絡をするようになった。センターから遺族への電話については、検案した医師か

ら事前に伝えられているため、遺族側の受け入れはきわめてスムーズである。なお、連絡をする時期については、亡くなられてから概ね49日前後を目安としている。

表1に、これまで検案を行った医師を介して連絡のあった9事例のプロフィールを示す。この9事例のうち5事例については、まず遺族の現状を傾聴することに重きを置いた対応をした。電話で話したかぎりでは、遺族の精神状態や日常生活が安定しているように思われる場合が少なくなく、あえてこちらから訪問を提案したり、調査の話の切り出したりすることに抵抗感を覚えることが多かった。

表1 検案医師から紹介された自殺者と遺族の状況

事例	歳・性	既往歴等	同居家族	電話連絡の状況
1	80代・女	統合失調症	息子夫婦	*連絡待ち
2	40代・男	うつ病	妻子	連絡済み：妻
3	20代・男	パニック障害	両親	連絡済み：母
4	50代・女	うつ病	夫	連絡済み：夫 (連絡未)
5	60代・男	睡眠障害	なし	連絡済み：妻 (連絡未)
6	70代・男	なし	妻	連絡済み：妻 (連絡未)
7	70代・男	身体疾患	娘夫婦	連絡済み：妻 (連絡未)
8	50代・男	なし	母親	連絡済み：妻 (連絡未)
9	30代・男	うつ病、離人症	母親	連絡済み：妻 (連絡未)

#### 4. 訪問の実施

連絡のついた5事例のうち、訪問を実施したのは1例であり、4事例について訪問はしなかった。

4事例に対して訪問を実施しなかったのは、以下の理由による。いずれの遺族も、仕事をすることで自身を支えていたり、「はじめは落ち込んでいたけれど、時が気持ちを癒してくれると実感しています……」と語っていたりするなど、安定した生活状況にあり、精神的健康度が比較的高い遺族であると思われ、ただちに支援が必要な状況はないと判断されたからである。もっとも、一部には、亡くなった方の仕事の整理等で、まだ十分悲しむ時間もないといった状態の

遺族もいるように思われた。

一方、訪問を実施した1事例の場合、遺族は、「今のところ、何とか元気になっている……」と語りつつも、「……でも思い出すと涙が出ます」と電話口で泣いてしまうような精神状態にあった。心理的ケアの適応があると判断し、訪問を提案したところ、了解を得ることができた。

現在のところ、まだ簡易調査や心理学的剖検(「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」)につなげるにはいたっていないが、今後もこの試みは継続する予定である。

#### D. 考察

本報告は、遺族への聴き取りにもとづく実態調査の実施にあたって、遺族と接触する方法の一例として提示するものである。死亡検案を行う医師から遺族に対して情報提供と調査協力依頼をするという方法は、すでに岩手県や青森県でも行われている方法であるが、このP県の場合には、こうした調査が検案に関わる医師からの強い要請があって実現した点に重要な意義がある。

また、この方法は2段階方式による実態把握の試みである。すなわち、1段階目として、まずはA3 1ページ程度のインタビュー用紙による情報、および検案をした医師からの情報によって、P県の実態把握に資する情報を収集する。そして、その調査を終えた遺族の一部が、「自殺予防と遺族支援の基礎調査」へと導入されていき、全国の自殺の実態解明に資する情報となるわけである。

この方法は、実態調査が遺族ケアと密接に連動して行われるという理想的なものである。しかも、遺族が検案書を取りに来る時点という、かなり早い段階から、情報提供をはじめとした介入がなされ、単なる調

査のための調査に墮することのない方法である。また、遺族と電話で接触する保健師の立場からいっても、すでに検案医師が遺族から了解を得ていることもあり、接触に際しての心理的抵抗感が少ないという利点がある。

しかし、本報告からも明らかなように、この方法は、心理的ケアが必要な人を迅速に援助資源につなげるという点では優れているものの、定められた期間内に実態調査の対象を集めることに関しては必ずしも有効な方法ではないかもしれない。とはいえ、この方法による実態調査はまだ始まったばかりであり、今後も慎重に事業を進めていく必要があるだろう。

#### E. 結論

本稿では、遺族への聴き取りにもとづく実態調査の実施にあたって、死亡検案を行う医師を介して遺族と接触し、自殺の実態調査を行う方法について検討し、その試行的成果を報告した。

この実態調査は、1段階目の簡易調査を終えた遺族の一部が、「自殺予防と遺族支援の基礎調査」へと導入されるという2段階方式を採用し、情報の量と質の異なる2つの実態調査を組み合わせたものである。また、遺族ケアとも密接に連動したものとしての意義もある。

## 【資料1】遺族用パンフレット

ご遺族のみなさまへ

大切なご家族を突然亡くされ、大変つらく悲しい体験をされたこととお察しいたします。

私たちは、皆さまが、だれにも語ることでできないお気持ちを、少しでも和らげるお手伝いができたらと考えています。

そこで、亡くなられた方の生前のごようすについておうかがいしながら、故人を偲ぶことや、皆さまと同じ体験をされておられる「遺族の会」(分かち合いの場)のご紹介をしたく、お話をおうかがいできればと思っています。

できましたら、下記までご連絡をお願いいたします。訪問させていただくことも、来所されても、どちらでも結構です。

辻本 哲士 (医師)  
梶本 まどか (保健師)

せいしんほけんふくし

連絡先：P 県立精神保健福祉センター

(草津市笠山8丁目4-25) ☎077-567-5010

梶本 (すぎもと) まで

【資料2】P 県精神保健福祉センター 自死遺族インタビュー調査票の項目

- 遺族氏名： \_\_\_\_\_
- 性別：男・女
- 回答者と故人との関係（配偶者・親・兄弟・子供・その他 \_\_\_\_\_）
- 結婚歴：（未婚・既婚・離婚・再婚・死別）
- 同居者の有無：単身・同居（ \_\_\_\_\_）
- 性格：「どのようなお人柄でしたか？」 \_\_\_\_\_
- 家族関係：「いい〇〇でいらっしゃいましたか？」 \_\_\_\_\_
- 対人関係：「社交的なかたでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 職業
- 職務内容：「どういとお仕事をされてましたか？」 \_\_\_\_\_
- 勤務状況：「お忙しそうでしたか？」：（以前 \_\_\_\_\_ 半年前 \_\_\_\_\_）
- 勤務態度：「仕事に熱中されてましたか？」：（以前 \_\_\_\_\_ 半年前 \_\_\_\_\_）
- 「仕事はお辛そうでしたか？」：（以前 \_\_\_\_\_ 半年前 \_\_\_\_\_）
- 勤務年数：「何年間、勤めておられましたか？」 \_\_\_\_\_
- 転職回数：「何カ所か、仕事をかえられましたか？」 \_\_\_\_\_
- 学歴
- 最終学歴（中学卒・高校卒・専門学校卒・短大卒・大学卒・大学院卒・その他 \_\_\_\_\_）
- 趣味：「趣味はおありでしたか？」：（以前 \_\_\_\_\_ 半年前 \_\_\_\_\_）
- きっかけ：「なにかで悩んでおられましたか？」 \_\_\_\_\_
- （仕事や学業上の失敗・経済的な問題・家庭内の対人トラブル・家庭外の対人トラブル・外傷体験・喪失体験・健康上の問題・その他 \_\_\_\_\_）
- 健康状態
- 食事：「食事はちゃんととられてましたか？」 \_\_\_\_\_
- 睡眠：「睡眠はちゃんととられてましたか？」 \_\_\_\_\_
- 身体：「体に不調は出ておられませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 「病院にかかっておられませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 「治療はうまく進んでおられましたか？」 \_\_\_\_\_
- 依存性
- 飲酒：「お酒は飲まれましたか？」 \_\_\_\_\_
- 「飲酒量が増えることはありませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 喫煙：「タバコはすわれましたか？」 \_\_\_\_\_
- 「喫煙量が増えることはありませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 薬物：「常用されていたお薬はおありでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 精神状態
- 抑うつ：「気持ちが落ち込んでおられたご様子はありませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 「しんどそうにされてませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 意欲低下：「やる気がないとおっしゃってませんでしたか？」 \_\_\_\_\_
- 自殺企図：「死にたいとかおっしゃってませんでしたか？」 \_\_\_\_\_



自殺未遂：「実際、自殺未遂されたことはありましたか？」 \_\_\_\_\_

精神科治療歴：「こころの病でどこかの病院にかかっておられましたか？」 \_\_\_\_\_

「治療中でしたか？」 \_\_\_\_\_

○経済状況：「経済的・金銭的に悩まれてませんでしたか？」 \_\_\_\_\_

借金の有無：(以前                      半年前                      )

○家族の困難

「ご家族として今困っておられるのはどのようなことですか？」 \_\_\_\_\_

(心理的精神医学的な問題・経済的な問題・法律上の問題・家庭内の対人トラブル・家庭外の対人トラブル・その他                      )

【資料3】 検案を行った医師による調査票

氏名				住所			
性別	1.男 2.女	死亡日時		死亡時年齢		職業	
死亡場所	1. ご本人の居宅やアパート内(敷地内ならば含む) 2. (ご本人と別居の場合)ご家族の居宅なアパート内 3. 職場(生徒・学生の場合は学校) 4. 上記以外の家屋内(わかる範囲で記載: ) 5. 自動車・列車などの乗り物の中 6. 屋外 7. その他(わかる範囲で記載: ) 9. 場所不明						
死亡場所の住所							
死亡時状況に関する特記事項 (自由記述)							
自殺の手段  複数該当する場合には、複数に○をつけてよいが、最も主要な手段であるものに◎をつける。	1. 縊死 2. 飛び降り(高所からの飛び降り) 3. 入水(溺死および溺水) 4. 薬物(睡眠薬、農薬、アルコール、有機溶剤など)[薬物の種類: ] 5. ガス 6. 飛び込み(移動中の物体の前への飛び込みなど) 7. 自動車などでの衝突 8. 拳銃、爆発物 9. 焼身 10. 鋭利な物体や鈍器 11. その他の方法(凍死、感電など) 99. 手段不明						
医療機関からの情報収集							
最近罹患していた身体疾患、およびその病状と治療状況	病名	治療の有無	最近の病状				
最近罹患していた精神疾患、およびその病状と治療状況	病名	治療の有無	最近の病状				
警察における原因・動機別分類							

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

自殺の精神医学的背景に関する研究

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

分担研究者：高橋 祥友（防衛医科大学校・防衛医学研究センター・教授）

研究要旨：現在、国立精神保健研究所が中心となって進めている自殺の実態に関する調査は、心理学的剖検と呼ばれる手法に基づいている。本論は、まず心理学的剖検がどのような社会的背景で生まれたのかを概説する。

心理学的剖検とは、1950年代にEdwin Shneidmanらにより創出された手法であり、本来、正確な死のタイプを確定するために作り出された。すなわち、不審死が生じた場合に、故人をよく知っている人を面接することによって、その人物の生活史を浮かび上がらせ、自然死、事故死、自殺、他殺のいずれであったかを、心理学的に解明しようという試みであった。

次第に、最初から自殺と明らかな状況であっても、なぜ自殺が生じたのか、その背景を探る主な手法として心理学的剖検が世界で広く活用されるようになってきた。自殺はきわめて低い率で生じる現象であるため（たとえば、わが国では人口10万人あたり年間約25件の自殺が起きている）、前方視的に研究を進めようとする、追跡調査の対象数が莫大なものになってしまう。そこで自殺が生じた要因を調べるための主要な手法として心理学的剖検が実施されるようになってきた。ただし、自殺は遺された人々に深いこころの傷を負わせる現象であることを考えると、Shneidmanが当初から指摘しているように、遺された人々をケアするという視点がないと、必要な情報を集めることが難しくなってしまう点を忘れてはならない。あくまでも遺された人に対するケアが前面に立ってこそ、心理学的剖検によって意味ある情報の収集が可能になる。

なお、欧米などでは、心理学的剖検への協力を依頼すると、高い率で調査への協力が得られている。わが国ではまだこの種の調査に対する応諾度が低いのが現実であり、その点についても若干の考察を試みる。

#### A. 研究目的

効果的な自殺予防対策を実施するには、自殺の実態を把握しなければならない。自殺はきわめて稀な現象であるため（たとえば、近年のわが国の自殺率は、人口10万人あたり年間約25人である）、前方視的研究を実施しようとする、莫大なサンプル数

が必要となる。そこで、海外では心理学的剖検 (psychological autopsy) という手法を用いて自殺に関する研究がさかんに行われている。本論の目的は、米国において心理学的剖検が創案された社会的背景について概説するとともに、わが国でこの種の調査を実施するうえでの問題点について考察する。

(倫理面への配慮) 本研究の実施においては、主任研究者の所属する国立精神神経センターの倫理委員会武蔵地区部会において承認を得ている。

## B. 研究方法

### 心理学的剖検が生まれた背景

まず、心理学的剖検について Shneidman の定義と目的を振り返ってみよう<sup>6,8)</sup>。これは死の心理的側面に焦点を当てることによって、死因を明確にしようとするものである。心理学的剖検を理解するうえで重要な次のふたつの概念がある。①NASH 死因分類と、②不審死の概念である。

20 世紀初頭から、4 種のタイプの死の分類がなされてきた。すなわち、自然死 (natural death)、事故死 (accidental death)、自殺 (suicide)、他殺 (homicide) である。それぞれの頭文字をとって NASH 分類と呼ばれている。

死のタイプが常に明確である場合ばかりではない。たとえば、プールで溺れて窒息死したというだけでは、その人が必死になって助かろうとしたのに、溺死したのか(事故死)、溺れるつもりで水の中に入ったのか(自殺)、溺れるまで誰かに水面下に浸けておかれたのか(他殺)わからない。

したがって、非常に多くの死(全死亡の 5~25%と推定される)は正確な死のタイプが明らかにされていない。このように死因が不明確な死が不審死と呼ばれている。とくに自殺と事故死を明確に識別するのが難しいことが多いのだが、他の種のタイプの死の間にも不明確な点は存在し得る。

当初、心理学的剖検の主な目的は、不審死とされている死の原因を明確にし、正確な死のタイプに分類することにあつた。要するに、心理学的剖検とは、死についての

故人の意図を遡って徹底的に調べることにある。そのためには、故人の行動、態度、性格についてよく知っている人を面接して、情報を集める。

薬物に関連した死というのは、もっとも死のタイプを定めるのが難しい。(死亡時間、血液や組織が採取された時間に関連して)どれくらいの量の薬物を服用したのか、故人の体重や体格、長期にわたる薬物服用の習慣や耐性、薬物の致死性などについて情報が必要である。しかし、こういった一般の毒物学的情報以上の事柄を故人について調べなければ、正確な死亡診断は下せない。

### 心理学的剖検の目的

1958 年に Theodore J. Curphey がロサンゼルス郡検死官事務所の責任者となり、改革に乗り出し、心理学的剖検という手法が生み出される契機となった。Curphey は毒物学の専門家と検死官が協力する態勢を整えたのだが、それでも薬物による死亡の多くは、収集された情報だけでは、正確に死のタイプを決定できないという問題に突き当たった。結局、Curphey はロサンゼルス自殺予防センターに協力を求め、不審死の事例を調査することにした。こうして行動科学の専門家を含めた多分野の専門家によるアプローチが始まり、Shneidman がこれを心理学的剖検と命名した<sup>1-5,7)</sup>。専門家の中には心理学者の Shneidman や Farberow、精神科医の Litman らが含まれていた。

その後、とくに Litman ら<sup>3)</sup>、Weisman ら<sup>9,10)</sup>による努力の結果、「心理学的剖検」という術語には他の若干異なる意味も付け加えられた。現在では、心理学的剖検が答を出すことが可能なのは少なくとも次の 3 点がある。

1. どうしてその人はその行為に及んだの