

だろうか？ すべての方策を用いて死のタイプが明らかだったり不明だったりしたときに、たとえば、自殺を例に取れば、心理学的剖検はその行為の理由を探り、行為に至った理由を明らかにする。心理学的剖検では、どのようなタイプの死であったかは明らかであるが、死の理由が明らかでない場合に、故人の動機、哲学、精神力動、存在上の危機などを明らかにしていく。

2. どのようにして、いつ（そして、なぜ特定のその時に）死亡したのか？ 心理学的剖検はその人物がなぜある特定の時に亡くなったかを明らかにする手助けができる。
3. 何がもっとも妥当な死のタイプなのだろうか？ これこそが心理学的剖検が初めに取り上げた質問であった。死のタイプが漠然としている時には、心理学的剖検の目的は、できる限り正確に死のタイプを見きわめることである。

従来の検死官事務所では、自然死や事故死に比べて、自殺の判定のほうが難しかったことに対して、Curphey は次のように述べている。「この主な理由は、病理学者も検死官も、故人が自殺に追いつめられていった心理的過程についてある程度正確に推定できるほど、人間の行動の領域に関して十分な訓練を受けていないということである。そこで、人間の行動について特別な技術を有する心理学や社会学の専門家が我々に貴重な援助をすることが可能となる」¹⁾(p. 112)。

重要なのは、死亡調査チームが故人についてよく知っている人々を虚心坦懐に面接することである。そして、とくに死に至るまでの時期に焦点を当てながら、故人のライフスタイルを再構築していく。収集した

情報に自殺を示唆する手がかりが含まれているならば、とくにその点について詳しく検討していく。自らの死に対して故人が果たした役割を明らかにするようなコミュニケーションに傾聴する。そして入手したすべての情報を用いて、死に至るまでの故人の意図や行為を理性的に調査していく。

心理学的剖検の実施

それでは、どのようにして心理学的剖検を実施するのだろうか？ 配偶者、恋人、親、子ども、友人、同僚、医師、上司、仲間といった故人をよく知っているキーパーソンと話すことで、心理学的剖検を実施する。可能な限り多くの情報源から情報を得ることが望ましい。

Shneidman は当初、まず電話で遺族に連絡を取り、目的について説明し、同意をとったうえで、自宅を訪ねることになっていた。信頼感が生まれてから、一般的な次のような質問から始めることを薦めている。「どのような人だったか話してください」。故人の服、持ち物、写真を見ながらということもあれば、日記や手紙を一緒に読みながらということもあった。(遺書があることを警察には報せなかったのに、それを Shneidman に見せてくれた未亡人さえいた。当然、これは判定を不審死から自殺へと変える重要な根拠となった。)

一般的に、心理学的剖検を実施する際に、ある程度の前もって定められた流れが必要な時もあるのだが、Shneidman は決まりきった流れで進めていくことはしなかった。しかし、心理学的剖検を実施する際に一応念頭においておかなければならない項目として以下のような点を挙げている。ただし、ただやみくもにそれに従うべきではないし、また、愛する人の死にすっかり打ちひしが

れてしまっている人に対して辛い質問をしているかもしれないということを心理学的剖検を実施する者は常に心しておかなければならない。遺された人の苦悩を分かち合い、彼らのメンタルヘルスを念頭に置きながら、心理学的剖検を実施しなければならない⁴⁾。収集する情報は以下のようなものである。

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

15. 故人の死に対する被面接者の反応
16. 被面接者の意見、際立った特徴等

心理学的剖検を行なう際に、自由に答えられる形式(open-ended)の質問をするのが最善であると Shneidman は述べている。そうすることで、質問する者がある特定の事柄に関心を抱いていると気づかれることなく、面接を受けている人が関連する詳しい点について思いを巡らせることができるからである。たとえば、故人の食行動に変化があったかどうか（とくに食欲が落ちたかどうか）を調査者が知りたかったとする。「最近食欲が落ちていましたか？」と直接尋ねると、むしろ防衛的な反応を引き出してしまいかねない。それよりも、たとえば「何か好きな食べ物はありましたか？」といったより一般的な質問をするほうがよい。もちろん、調査者が関心を持っているのは、故人がどういった食べ物が好きだったかという点ではない。質問された人は、故人の好きな食べ物について述べた後に、次に、「私が何を作ってあげても、あの人は喜ばなかったのです」などと、最近、食行動の変化について話し始めるかもしれない。

それに加えて、対人関係、性生活、余暇の習慣といった他の事柄の変化も話し始めるかもしれない。こういった変化は、抑うつ的で、自殺に至った人によく認められる、診断的価値の高い変化のパターンである。

心理学的剖検が果たすべき役割

死のタイプを明らかにすることを念頭におきつつ、質問はできる限り詳しく（そして話の流れを妨げることなく）すべきである。当然のことながら、こうすることは、質問に答える人との間に良好な関係が打ち立てられているかどうかにかかっている。

さらに、心理学的剖検にはもうひとつの重要な役割がある（むしろこれこそがもっとも重要な役割といえるかもしれない）。遺された人に面接していくうえで、技量が高く、共感に富む調査者は、治療的価値さえある面接を実施していく。心理学的剖検はけっして遺された人の心の傷を深くしてしまったりしてはならない。心理学的剖検のこの重要なメンタルヘルスの機能に関して、Curphey¹⁾は次のように述べている。

「調査チームのメンバーは特殊な技能を有しているので、インタビューを実施するにあたって、遺された人々が抱えているさまざまな問題に敏感でなければならない。たとえば、強烈な自責感、重症の抑うつ感、親が自殺した子どもを養育していくうえで生じる特定の問題を解決するための計画を立てることを助けるといったことに関心を持っていなければならない。我々はこの現象に気づいていたので、いくつかの事例では、たとえ最初から自殺であることが明らかの場合でも、遺された人々が支持的な面接を受けられるように、チームのメンバーに紹介したこともある」(p. 116)。

自殺は扱いがとても難しい死である。今でも多くの人々が、強い絆のあった人の自殺について進んで話をしようとしなない。調査のための調査に終始する心理学的剖検では、被面接者からの抵抗にあってしまい、必要とされている情報が集められない結果に終わることさえ稀ではない。むしろ、21世紀の今でも自殺には偏見が満ちているので、それに圧倒されている遺された人々の心の傷を少しでも癒すという方針で話を聞かなければ、本来の心理学的剖検が実施できないことになってしまう点について、今

から半世紀も前にすでに指摘されていたことを我々はもう一度思い出すべきではないだろうか。

小括

以上述べてきたことの要点をまとめてみよう。

- 心理学的剖検が開発された当初の目的は、不審死を自然死、事故死、自殺、他殺のいずれかの死のタイプに正確に分類することであった。
- その後、自殺であることが明らかな状況でも、なぜ自殺に追い込まれていったのかという点を明らかにするために、心理学的剖検の手法がさかんに用いられるようになった。
- 自殺が生じた背景を検討するためには、遺された人々のケアを前面に出すべきであると当初から指摘されている。
- 心理学的剖検により得られる情報は、あくまでも遺された人々に対する十分なケアを行うことによって、初めて入手可能となる。

C. わが国で心理学的剖検の事例が増加しない要因について

米国では心理学的剖検に協力を依頼すると、80%前後の応諾率であるという。なお、フィンランドで実施された心理学的剖検に基づく調査では、なんと協力を依頼された人の96%が応じている。当然、応諾率が高いほど、自殺の全体像に迫ることができる。対照的に、応諾率があまりにも低いと、特定の自殺のごく一部の側面を明らかにするだけになってしまいかねない。

さて、わが国では、平成18年度に本研究のパイロットスタディが実施され、19年度

から本格的な調査が開始されている。しかし、事例が十分に集まらないというのが現状である（具体的な事例数については本報告書中の他の報告を参照されたい）。それでは、なぜわが国で現段階では、心理学的剖検に関して十分な協力が得られないかという点について若干の考察を試みてみたい。なかなか事例が増加しない背景には、被調査者の側の要因（これは多くの場合、自殺に対する社会全体の態度を反映している）と調査者の側の要因の双方がある。

被調査者側の要因

自殺に対して社会全体に認められる偏見が未だに強いのは現実であり、それがこの種の調査に応じるのをためらう原因になっていることは容易に想像できる。身内の自殺は恥ずべきもので、家族以外に話すことができないなどと強く感じている人は少なくない。また、周囲の人々も「時が経つことだけが心の傷を癒す」「何もなかったかのように振る舞うのが一番よい」「そっとしておくべきだ」といった態度を取りがちである。このような自殺に対する社会一般の態度のために、遺族が自殺について率直に語ることをためらわせてしまっている。

前項とも関連するが、心理学的剖検の意義について一般の人々に十分な理解が得られていない。自殺の実態について正確に把握することは、効果的な自殺予防対策を実施する第一歩となる。あくまでもこの目的は自殺という悲劇を何とか減らそうというものである。故人や遺族を貶めることが目的ではけっしてなく、むしろ遺された人々が抱えているさまざまな複雑な問題についてケアしようというのが第一の目的であるのだが、現時点ではこの点について広く知られていない。

なお、強い絆のあった人が自ら命を絶ったという経験について誰かに話を聞いてもらいたいという人も当然多いと考えられるが、この種の調査が実施されていることが周知徹底されていないために、その機会が得られないというのも現実だろう。

また、心理学的剖検をまるで調査のための調査と受け取って、強い絆のあった人が自殺したということでも心の傷を負った人が、さらに傷を深くしてしまうのではないかという不安も現実にはあるようだ。自殺対策基本法が成立し、国の主導で自殺の実態に関する調査が始まったという新聞記事を読んだ遺族が、他者には知られたいくないと考えてきた家族の自殺について強制的に調査が実施されるのではないかと不安を訴えたという話を耳にしたことがある。心理学的剖検は、インフォームドコンセントに基づいて実施される調査であり、目的や方法について十分説明されて、納得したうえで、協力していただくのが原則である。また、いったん同意した後でも、本人の自由意志で、途中で調査協力を辞退することも可能である。「不幸にして自殺が起きてしまったら、死からしか学べないことは何かを真摯に学ばせていただく」というのが心理学的剖検の大前提であることについてこれまで以上に理解を深める必要がある。

調査で語ったことが記録に残ってしまうのではないか、地域の人々に知られてしまうのではないかという不安を被調査者が感じていることもある。調査で得られたデータは匿名化され、個人が特定されるような方法で、データだけが一人歩きすることはけっしてないという点についてもこれまで以上に積極的に説明していく必要がある。

調査者側の要因

心理学的剖検を実施するに当たって、調査者の側にも強い不安が生じる。たとえ、有資格の精神科医や臨床心理士であっても、グリーフワークについて十分な経験や知識のある人はわが国では十分な数はいない。専門の教育課程でも、自殺の後に遺された人々に対するケアはわが国ではほとんど取り上げられてこなかった。調査を実施しようとしても、自殺について、遺族に話をうかがうだけの自信がないというのが多くの調査者の本音だろう。遺族を前にして適切な対応ができるだろうか、もしも面接の最中に相手が予想外の反応を呈したら、どのように対応すべきか、調査者自身に十分な経験も知識もなく、調査の実施に不安を抱えてしまうということもあるだろう。

そこで、本研究では調査の実施に先立ち、調査員に対する研修会を開いているが、この目的は調査に対する理解を深めるとともに、調査にあたる人の不安を少しでも和らげることにある。ただし、短期間の研修だけで、調査を実施するうえでの心の準備や、実際の対応に熟練するというまでには到底ならない。そこで、調査が開始された後にも調査者をサポートし、さらに技能を高めるような体制を今後さらに整えていく必要がある。他の一般の調査に比べて、心理学的剖検では、病死や事故死以上に遺族に強い影響を及ぼす自殺について取り扱うため、調査者自身のバーンアウトを予防する体制も整えていく必要がある。

なお、心理学的剖検が被調査者にとっても、調査者にとっても大きな負担がかかる調査であるために、その支援体制を整える必要がある。しかし、このような支援体制が完全ではないので、心理学的剖検を実施するのは時期尚早であると判断する地域が

少なくないことも、事例がなかなか増加しない背景として存在していると思われる。まったく欠点のない完全な支援体制の完成を待つというよりは、「今、ここ」から何ができるのかという視点から始めていくことは、心理学的剖検による調査ばかりでなく、自殺予防対策一般にも当てはまる態度である。できることから少しずつ始めて、その過程で学ぶことも数多くあるはずである。そこから何かを学び、調査者自らが成長していくというアプローチも探っていく必要がある。

以上述べてきた点は、心理学的剖検に基づく調査を実施するうえで、わが国ではなかなか事例数が増加しないという背景のごく一部を示したに過ぎない。他にもさまざまな要因があるはずである。これらの要因を総合的に検討したうえで、今後さらに事例を増やしていく必要がある。

効果的な自殺予防対策を実施するには、まず自殺の実態を正確に把握する必要がある。従来わが国の自殺に関する調査は、その多くが病院で治療を受けていた人を対象としたものであった。国民一般に対する自殺予防対策を考えるうえで、地域で生じた自殺についてわが国でも欧米のように心理学的剖検を実施することの必要性が徐々に認識されつつある。

この種の調査を実施するうえで、調査に協力していただいた人々の心の傷が深まってしまうような事態は絶対に避けるべきである。むしろ、そのような人々が故人について語ることによって、死を受け入れるのを助力するとともに、自殺という悲劇を繰り返さないための重要な情報を提供していただくことにつながれば、将来、この種の調査に対する応諾率は増加していくだろう。

文献

1. Curphey, T.J.: The role of the social scientist in the medicolegal approach to death from suicide. In *The Cry for the Help*, ed Farberow, N.L. and Shneidman, E.S., pp.85-122. New York: McGraw-Hill, 1961.
 2. Curphey, T.J.: The forensic pathologist and the multidisciplinary approach to death. In *Essays in Self-Destruction*, ed Farberow, N.L. and Shneidman, E.S., pp.10-117. New York: Science House, 1967.
 3. Litman, R.E. Curphey, T.J., Shneidman, E.S., et al.: Investigations of equivocal suicides. *Journal of the American Medical Association*. 184:924-929, 1963.
 4. Shneidman, E.S. Suicide, lethality, and the psychological autopsy. In *Aspects of Depression*, ed. Shneidman, E.S. and Ortega, M. pp.225-250. Boston: Little Brown, 1969.
 5. Shneidman, E.S.: *Death of Man*. New York: Quadrangle, 1973.
 6. Shneidman, E.S.: *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior*. Northvale: Jason Aronson, 1993. (高橋祥友・訳: シュナイドマンの自殺学. 金剛出版, 2005.)
 7. Shneidman, E.S. and Farberow, N.L.: Sample investigations of equivocal death. In *The Cry for Help*, ed. Farberow, N.L. and Shneidman, E.S. New York: McGraw Hill, 1961.
 8. 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.
 9. Weisman, A.D.: *The Realization of Death: A Guide for the Psychological Autopsy*. New York: Behavioral Publications, 1974.
 10. Weisman, A.D. and Kastenbaum, R.: *The psychological autopsy*. *Community Mental Health Journal Monograph*, No. 4. New York: Behavioral Publications, 1968.
- D. 健康危険情報
該当なし。
- E. 研究発表 (自殺予防に関連して本年度に発表しものをまとめておく)
- 論文発表
1. 高橋祥友: 統計から見た日本の自殺. *最新精神医学*, 12(6):507-514, 2007
 2. 高橋祥友: 補遺・自殺の危険の高い患者の治療に関する覚書. *精神療法*, 33(6):748-752, 2007
 3. 高橋祥友: 子どもの自殺予防のための基礎知識. *東京小児科医会報*, 26(2):40-44, 2007
 4. 高橋祥友: 産業医、産業保健スタッフが進める「自殺予防対策」. *産業医学ジャーナル*, 30(6):5-12, 2007
 5. 高橋祥友: 自殺の危険の高い思春期患者に対する弁証法的行動療法. *精神療法*, 33(5):630-637, 2007
 6. 高橋祥友: ポストベンション: 自殺の後に遺された人へのケア. *最新精神医学*, 12(5):427-434, 2007
 7. 高橋祥友: バルト三国の自殺率. *日本醫事新報*, No. 4343, 2007年7月21日号, pp. 95-96.

8. 高橋祥友：自殺の危険の高い患者の治療の原則. 精神療法、33(4):493-500, 2007
 9. 高橋祥友：家族論からとらえた子どもの自殺. 月刊生徒指導、2007年7月号、pp. 6-10
 10. 高橋祥友：自殺の危険の高い患者の心理. 精神療法、33(3):338-345, 2007
 11. 高橋祥友：自殺企図. 小児科、48(5):763-768, 2007
 12. 高橋祥友：思春期の自殺の現状と対策. 鍋田恭孝・編「思春期臨床の考え方・すすめ方」、pp. 217-228、2007
 13. 高橋祥友：自殺と医療過誤訴訟. 精神療法、33(2):207-215, 2007
 14. 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
 15. 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 改訂2版」、pp. 175-181、金芳堂、2007
 16. 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
 17. 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
 18. 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
 19. 高橋祥友：認知症とうつ・自殺. 臨床神経学、25(2):216-219, 2007
 20. 高橋祥友：子どもの自殺. 健康教室、2007年増刊号、pp. 8-11.
 21. 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
 22. 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
 23. 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
 24. 高橋祥友：自殺の現状. 自殺未遂が起きたときの具体的な対応. 日本医師会・編「自殺予防マニュアル第2版：地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針」、pp. 7-18, 67-72. 明石書店、2008
 25. 高橋祥友・編：現代のエスプリ 488号；子どもの自殺予防. 至文堂、2008
 26. 高橋祥友・編著：改訂新版・青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版、2008
 27. 高橋祥友：改訂版・自殺のサインを読みとる. 講談社文庫、2008
- 学会発表
1. Takahashi Y: Suicide in Japan. World Psychiatric Association Regional Meeting 2007 Seoul. Seoul, Korea, (2007年4月)
 2. 高橋祥友：日本の自殺の現状と予防戦略. 第80回日本産業衛生学会、大阪 (2007年4月)
 3. 高橋祥友：慢性身体疾患におけるうつ状態と自殺の危険の評価. 第47回日本呼吸器学会学術講演会、東京 (2007年5月)
 4. 高橋祥友：自殺の現状とうつ病. 第57回日本病院学会. つくば (2007年6月)
 5. 高橋祥友：自殺予防の基礎知識. 日本医師会・地域における自殺予防研修会 (2007年6月)
 6. 高橋祥友：働きざかりの自殺を防ぐには. 第4回日本うつ病学会. 札幌 (2007年6月)
 7. 高橋祥友：自殺予防とうつ病対策；自殺のサインに気づいたら. 内閣府第1回自殺対策シンポジウム. 東京 (2007

年 9 月)

8. 高橋祥友：ポストベンション；自殺が起きた後の対応について。日本小児科医会第 7 回思春期の臨床講演会。東京（2007 年 11 月）

F. 知的財産権

該当なし。

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

自殺の社会的背景に関する研究

保健師等の支援者の自死遺族とのかかわり方の難しさとその克服を目指して

分担研究者：平山 正実（聖学院大学大学院）

研究協力者：越智 裕子（明治学院大学大学院）

木谷 雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

大木佐知子（愛知県精神保健福祉センター）

音喜多久枝（足立区江北保健総合センター）

小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）

谷 聡子（高知県健康対策課）

野宮 富子（青森県精神保健福祉センター）

日影由美子（久慈市役所）

松本 晃明（静岡県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：

【研究目的】精神保健福祉センターの指導者、公的機関の精神保健福祉担当責任者、保健所や市町村に所属する保健師等が、自死遺族支援を行うにあたって、どのような点が問題になるのか、また、その問題点をどのように克服していったら良いかを明らかにすることを目的とする。

【研究方法】第 1 回は、地域保健を進めるにあたって、統括的・指導的な立場にある者に対して、第 2 回は、地域保健の第一線で活躍する保健師を中心に聞き取り調査を行った。

【研究結果】聞き取り調査の結果、①自死遺族を支援することの難しさ、②現場で働く訪問保健師を積極的に評価する自死遺族もいること、③日常の地域保健業務の中で支援方策を探ることの大切さ、④訪問看護を行う中でハイリスク家庭に注目すべきであること、⑤遺族となった子どもたちの支援が大切であること、⑥支援者側の自死遺族に対する関心の度合いには温度差があること、⑦支援者の燃えつきと二次的被害に配慮する必要があること、⑧支援者の自死遺族ケアに対する感性を育成すること、⑨住民の地域共同体意識を育てる中で自死遺族支援の輪を広げること等の重要性が明らかになった。そして、本研究の結論として次の提言を行った。

1. 自死遺族支援を真正面から取り上げることは、現状では多くの困難を伴うので、日常の地域保健活動の中で行う心の健康教育、うつ病教育等の中で自死の調査や悲嘆ケアについて触れてゆくことが望ましい。

2. 現場を訪問する際、ハイリスク家庭に属する人々は将来の「自死遺族予備軍」となる可能性があるという認識を常に持ち、彼らに対して継続してフォローを行う必要がある。
3. 支援者を背後でサポートする人材やネットワークシステムを構築することが大切である。
4. 支援者側の感性を育てることが重要である。そのためには、悲嘆教育、生と死の教育の必要性と現場体験、それに過去の傷つき体験を創造的に再生させてゆく力を醸成することなどが求められる。

また、本研究によって明らかにされた成果は、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」における対象者の抽出及び継続的な遺族支援のあり方に有益な示唆を与えるものと考えられることに言及した。

【結論】精神保健福祉センターの指導者、公的機関の精神保健福祉担当責任者、保健所や市町村に所属する保健師等が、自死遺族支援を行うにあたって、どのような点が問題になるのか、また、その問題点をどのように克服していったら良いかを明らかにした。

A. 研究目的

自死対策基本法において「国及び地方公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者又は自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等に対する適切な支援を行うために必要な施策を詔ずるものとする」（第18条）と謳っており、自死遺族に対する支援の重要性が指摘されている。しかし、この法律制定に先立ち、すでに平成17年12月26日、厚生労働省は、自殺対策関係省庁連絡会議において、自死遺族に対するケアのあり方等については、精神保健研究所等の研究機関を中心に検討することを求めている（『自殺予防に向けての政府の総合的対策について』参照）⁽¹⁾。また、平成18年3月31日、厚生労働省は各都道府県知事や指定都市市長宛に精神保健福祉担当部局、精神保健福祉センター、保健所等の公的機関において、自殺に関連する相談体制の充実を求めている（『自殺予防に向けての総合的対策の推進』参照）⁽²⁾。

今回我々が行おうとしている研究は、これらの法律や厚生労働省の法令や勧告を踏まえた上で行われたものである。具体的に

は、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及び精神保健福祉センターの指導者（精神科医）、公的機関の精神保健福祉担当責任者（課長・保健師）、保健所に所属する保健師、市町村に所属する保健師等に対して、自死遺族を支援するにあたって、どのような点が問題になるのか、また、その問題点をどのように克服していったら良いかということを知るための聞き取り調査を行った。

B. 研究方法

今回の聞き取り調査は2回に分けて行われた。

第1回は、地域保健を進めるにあたって、統括的・指導的な立場にある者に対して、第2回は、地域保健の第一線で活躍する保健師を中心に聞き取り調査を行った。

C. 研究結果

(1) 統括的、指導的な立場にある者への聞き取り調査の結果

(a) 自死遺族支援に関する調査を行う際に

留意すべきこと

- ・ 自死者及び自死遺族に対しては、一般市民や遺族、親族だけでなく、支援者側も偏見を持っている可能性がある。一般市民、親族、支援者に分けて支援を妨げている要因の調査を行う必要がある。
- ・ 自死遺族に対する調査を行う際には、自死が精神障害、事故、破産、家庭内葛藤などと関係することもあるため、被調査者の個人情報保護には十分注意し、しかも被調査者の同意を得る必要がある。
- ・ 調査にあたっては、調査者が日頃から被調査者との間に信頼関係を築くことが好ましく、地域の保健活動の一環として行われることが望ましい。

(b) 自死遺族を支援する者への調査の対象及び質問内容

- ・ 調査対象は、精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健担当者、民間団体等で働く保健師、行政担当者、精神保健福祉士、臨床心理士、病院・クリニックで働く精神科医、及び看護師、介護士、児童相談所職員等が考えられる。
- ・ 質問内容は「自死遺族支援を行ったことがあるか」「自死遺族支援に関心があるか」「自死遺族支援に感謝されたことはあるか」「相談窓口はどこに置くか」「どうしたら彼らとの信頼感を結ぶことができるか」「自死遺族に傷つけられたこと、学んだことはあるか」「自死遺族支援に向けてネットワーク作りを作る際の難しさはどこにあるのか」等が考えられる。

(c) 自死遺族を支援するにあたって留意すること

- ・ 自死遺族を支援するにあたっては、遺族の傷ついた体験に留意する必要がある。

る。たとえば「自死という事実をまわりに知らせたか」「いつ誰に知らせたか」「知らせていない場合、死亡原因はどのようにしたか」「遺族が肩身の狭い思いをしたことがあったか」「遺族のメンタルヘルスはどうか」「家族間葛藤はあったか」「葬儀、相続について問題はあったか」「経済状態は変わったか」「引越しをしたか」「主治医、職場や学校、親戚との関係はどうだったか」「葬儀業者の対応はどうだったか」「検死医、警察、マスコミ、救急隊の対応はどうだったか」「宗教家はその役割を十分果たしたか」「公的機関にアクセスしたか、その際、役立ったか」「支援者から二次的被害を受けたことがあったか」などが考えられる。

(d) 相談支援体制の充実に関する事柄

- ・ 公的機関に自死遺族支援を目的とする相談窓口を設置するためには、関連部局のトップの意識改革が必要である。
- ・ 担当する相談員に対する心理教育や研修会を行うべきである。
- ・ 自死遺族に直接対応する者と、スーパーバイズする者を役割分担すべきではないか。
- ・ 自死遺族を支援する人々がネットワークを作り、事例検討会を開催するなどして、相談員の質を高めるべきである。
- ・ 相談者の二次的被害や燃えつきに対する対策を立てる必要がある。
- ・ 自死遺族支援にあたって、どのような人材が、どこにいるのかといった社会的資源に関するマップを作るとよい。
- ・ 自死遺族支援とアウトリーチ機能との関連を調べ、相談体制の充実を図るべきである。

(e) 自死遺族支援に関する情報発信及び普及・啓発に関する事柄

- ・ 自死遺族支援対策を推進するためには行政のトップや精神保健福祉担当者、自死遺族、一般市民等の自死に対する偏見を除去しなければならない。そのためにはどのような方策をたてるべきかということを検討する必要がある。
- ・ 情報発信及び、普及・啓発には、自死に関する研修会、心理教育、本、インターネット、リーフレット、マスコミを通しての、自死や自死遺族に関する知識の提供、相談窓口の創設などが考えられる。

(2) 地域保健の第一線で活躍する保健師を中心とした聞き取り調査の結果

(a) 自死遺族支援についての調査について

- ・ 自死遺族に関しては、相談を担当する支援者である保健師のもとに自ら相談に訪れたりすることは少ないために、保健師の元に届く情報はきわめて少ない。また、保健師が自死という事実を把握したとしても、遺族側が伏せておくことを望む場合も多い。
- ・ 現場で働く保健師の中には、家庭訪問で偶然に自死遺族の相談を受ける事がある。このようなケースを大切に支援に役立てていくことが望ましい。
- ・ 調査を行う際には、調査チームと支援チームが協力関係を結び、遺族との信頼関係を構築するなかで事実の把握に努めることが大切である。
- ・ 調査を行うにあたって、モデル地域を設置することが望ましい。
- ・ 地域の精神保健福祉活動の中で、うつ病のスクリーニングを行う場合があるが、そのような保健活動の一環として自死

遺族に関する調査に進む可能性もある。

(b) 相談体制の充実について

- ・ 支援者に自死遺族の支援に関心があったとしても、自死が現在もなお「公認されざる死」であり、遺族も自死という事実を秘匿しようとする傾向が強いので、どこまでかかわってよいのか、どこまで踏み込んでよいのか戸惑っている者が多い。自死遺族の固い防衛の‘よろい’を破って支援者がその心の中に飛び込むには、かなりの勇気がいる。このことを、これから自死遺族の支援に携わろうとする者はしっかりと認識しておく必要がある。
- ・ このような難しさがあるためか、公的機関の責任者は、支援の必要性を現場から訴えても取り組もうとしない場合がある。
- ・ 相談体制は継続性、一貫性、連続性、柔軟性をもって忍耐強く運営されなければならない。
- ・ 公的機関（特に精神保健福祉センター、保健所、市町村）に相談窓口を設置すべきだが、相談窓口として目立つことを避けるため一般相談窓口の中で対応した方が良いという意見もあった。
- ・ 自死という現象がその地域の文化、風土の影響を強く受けるため、自死遺族支援のための相談体制も地域によって異なって良いのではないかとの指摘があった。
- ・ 公的機関の自死遺族支援役割の中核には、現場で働く保健師をすえるべきであるとする意見が多い。具体的には、地域に根ざした保健活動を行っている市町村の保健師、政令指定市及び特別区の保健師への期待が高い。
- ・ 保健師は地域の中で子どもが生まれたときからかかわる。地域保健の課題が人間の一生にわたる医療や保健・福祉にか

かわることにあるとするならば、当然、終末期や遺族のグリーフ・ケア（悲嘆援助）にも関与するべきであるとする意見があった。

- ・保健師は地域保健活動の日常業務の中で、自死遺族のグリーフ・ケアの機会を持つ可能性がある。そのため保健師の自死遺族のケアにかかわるための感性を普段から磨いておく必要がある。
- ・現場で働く保健師の場合、地域にあまりに密着し過ぎて、かえって相談関係に入れない場合もある。傾聴に徹し、対応が困難なケースに出会ったときにはアドバイザー的役割を担う精神保健福祉センター、クリニック、病院等の専門家につなぐことで、新しい展開が可能になることがある。
- ・自死遺族支援を行うためには、現場で働く保健師の感性が重要な役割を果たす。保健師自身の友人や家族の自死と出会った経験が遺族支援の動機づけとしてはたらくことがある。

(c) 普及、啓発に関する事柄

- ・自死遺族支援に携わる者の多くは、自死遺族に対してどう向き合っていたらよいのか分からない者も少なくない。自死遺族のニーズをとらえて支援していくためには、教育、研修が繰り返し行われなければならない。
- ・保健所や市町村役場、精神保健福祉センター等が自死遺族支援を行っていることを周知させる、一般住民向けのリーフレットなどを作る必要がある。
- ・リーフレットは、救急センター、病院、教会、寺院、警察、葬儀社、などにも置かせてもらったらどうかという意見があった。

- ・当事者から、情報発信や普及啓発のニーズが湧き上がってきて、行政や公的機関を動かしてゆくというパターンが好ましいのではないかという意見があった。
- ・自死の背景に、うつ病や統合失調症、人格障害、アルコール依存症などの精神障害がある事例もあることが理解されず、遺族をはじめとする周囲の人々に原因があるかの如く思われていることがあり、このような誤解は正していく必要がある。
- ・健康相談、うつ病相談、精神衛生相談（メンタルヘルス相談）などの事業の一環として自死遺族支援に関するテーマを組み込むことが望ましい。
- ・市民、自死遺族及びその支援者を対象として、「命の尊さ」や「健康」の大切さを教育する「生と死の教育」（Death Education）に関する講演会、シンポジウム、研修会、書籍の販売等を定期的に行う必要がある。

(d) その他

- ・地域の精神保健活動のなかで保健師は、普段からハイリスク家庭に着目し、継続して、忍耐強く、フォローしてゆく必要がある。なぜなら、このような家庭から自死者がでる確立が高いことが知られているからである。ハイリスク家庭とは、家族の中にアルコール依存症者、育児不安、子どもや配偶者への虐待、精神障害者、発達障害者、知的・身体的障害者がいること、家庭不和、非行、家庭内暴力などが存在することなどを指す。
- ・自死遺族の中でも、とくに残された子どもに対しては特別な配慮が必要である。保育園や小中高校生の遺児には、個別的なグリーフ・ケアが必要となる。親が自死した場合、遺された親が家出し

たり、精神的に不安定になり、その結果、子どもが非行、不登校、PTSD（心的外傷後ストレス障害）に陥ることがあるので十分な配慮が必要である。また、遺された親が、アルコール依存、うつ病、子どもへの虐待などに陥ることがあるので、よく観察し、このような兆候が見られた場合、早急な対応が必要となる。また、遺された子どもが知的障害者や発達障害者である場合、彼らは、ストレスに弱いため、特別な配慮が必要となる。

- ・ 多重債務など借金や金銭問題にからむ自死の場合は早急に法テラスや弁護士などとよく相談し、遺族に対し適切な対応が求められる。

D. 考察

これまで、2回にわたる聞き取り調査の結果をまとめてきた。この調査結果を踏まえた上で考察を行いたい。

1. 自死遺族を支援することの難しさ

今回の調査を通して改めて自死遺族を支援することの難しさを痛感した。遺族としては、大切な家族の一員を自死で失ったという事実は、できれば周囲の人々に語りたくない出来事である。なぜなら、遺族自身が身内の自死ということに対して罪責感や恥の感情を持っているからである。また、もし、この事実が外に知られると、周囲の人々から「あの家は精神障害の家系ではないか」「遺族側に責任があったのではないか」と邪推され、家族や親族が結婚や就職に支障をきたすなど、いわゆる社会的不利を被るのではないかという恐れや不安を持つからである。このような事情をよくわきまえている保健師であればあるほど、自死に関する事柄には触れまいとし、それをタ

ブー視するようになる。このような難しい状況の中で、あえて介入した場合、遺族から激しい怒りの感情をぶつけられることも少なくない。そのことが、支援者側の燃えつきや二次的被害（心の傷）になることもある。また、自死遺族の自助グループのリーダーの中には体験者以外の人とはたとえ専門家であっても、その苦しみは分からないという考えを持っている人も多く、そのことが支援者と自死遺族との間の心理的な距離を遠いものにしてしている場合がある。

2. 現場で働く訪問保健師を積極的に評価する自死遺族もいる。

今回の調査から、自死遺族の中には、保健師に支援を求め、精神の安定を得たという事例があることが報告された。このことは今後の自死遺族支援を志す者にとって励みとなる。

彼らは保健師が、子どもが生まれたときからかかわってくれたのだから、遺族になって悲しみの中にあるときもかかわってほしいと思っている。保健師が地域の中で、1人の人間の一生を見守り続けるという地域保健の‘原点’に立ち帰れば、難しいといわれる自死遺族支援を行うための戦略が明らかにされてくるのではないだろうか。幸い、市町村の役場では、死亡情報を戸籍からいち早く正確に把握することができる。支援者が現地に密着し、忍耐強くかかわっていくうちに難しい局面に立たされることがあっても、徐々に支援のための手がかりが見えてくるように思われる。

3. 日常の地域保健業務の中で、支援方策を探る。

自死遺族支援は日常の業務の中で自然な形で行われることが望ましい。たとえば、地

域住民に対して「うつ病者家族の集い」「うつ病のスクリーニング」「アルコール依存症者を支える会」「心の健康教育」などをテーマとする講演会や勉強会を繰り返し行う中で、自死遺族が他の住民と区別なく保健師とアクセスする機会が設けられる必要がある。

4. 訪問看護を行う中で、ハイリスク家庭に注目すべきである。

ハイリスク家族から自死者が出る確率が高いことが知られている。したがって、支援者側は彼らにかかわる場合、将来、自死遺族を支援する場面に直面する可能性が高いことを覚悟しておく必要がある。これまで指摘されてきたハイリスク家族は自死者や自殺未遂者が現れやすい家族と多くの点で重なる。

ここでいうハイリスク家庭とは、家族内に離婚歴や別居歴、死別体験、虐待歴を持つ者が存在すること。精神障害（うつ病、統合失調症、人格障害、アルコール依存症）の既往歴がある者がいること。自死者や自殺未遂歴を持つ者がいること。重症疾患や末期疾患に罹患している者、認知症者や身体障害者、知的障害者、発達障害者が存在すること。家族不和、子どもの家庭内暴力、非行、不登校などが見られることを言う。

5. 遺族となった子どもたちの支援の問題

配偶者や子どもを自死で失った親は、そのストレスに耐えられず、精神のバランスを崩すことが少なくなく、その影響が子どもに及ぶことが少なくないので、こうした子どもたちには特別の配慮が必要である。

6. 支援者側の自死遺族に対する関心の度合いには、温度差がある。

自死遺族支援に対する関心の度合いは個

人差があるだけでなく、職種間や役職間や、職域間で温度差がある。また、地域によって、たとえば、過疎地域と都会で支援に関する関心の度合いに温度差がある。

具体的には、市町村と保健所や精神保健福祉センターの保健師では関心の度合いが異なるし、行政のトップと現場とでは意識は異なる。

このことから、現場密着型の保健師は繋ぎ役、橋渡し役となって専門家に委ねたり、ネットワークを作り他の社会的資源となるべき人々の意見を聞いたり、紹介することが大切になる。

7. 支援者の燃えつきと二次的被害に配慮する必要がある。

自死遺族を支援する者は、遺族側の防衛的姿勢が強いこと、彼らに倫理的配慮をしなければならないこと、遺族の怒りを受け止めなくてはならないこと、コミュニケーションがとりにくく、感情疲労に陥りやすいことなどを常に配慮し、スーパーバイザーを設けたり、事例検討会を開いたり、「ストレス解放プログラム」などを設ける必要がある。

8. 支援者の自死遺族ケアに対する感性を育成する。

支援者が自死遺族への共感性を深めるためには、各人がおのれの死生観の確立すること、自死者や自死遺族に対する理解を深めるために生と死の教育や悲嘆教育を進んで受けること、自らのライフヒストリーにおける傷つき体験を創造的ないし前向きに理解すること、各自が人格の成熟に向けて訓練を怠らないこと、などが必要になると思う。

9. 住民の地域共同体意識を育てる中で、自死遺族支援の輪を広げる。

過疎地域においては、血縁や地縁のつながりが強く、お互いに相手の家族の内情を詳しく知っている。そのために、都会のように、自死者が出ても、その事実を隠せないといわれている。その結果、隣近所が協力し合い、自死遺族を支える精神的風土が培ちかわれるという。このことは人と人との馴染みの関係が自死に対する不安や恐怖の感情を緩和させ、互いに癒し合う気風を育てるということであろう。こうした事実は、現代社会において、自死遺族支援対策を考える際に一つのヒントをあたえてくれるように思う。つまり、地域の中で人と人との間で温かな人間同士の絆や、共同体意識が育ってゆけば、自死遺族は自死という事実を秘匿化することがなくなるのではないだろうか。そして、このような意識が浸透してくれば、自死は「公認されざる死」ではなくなるであろう。その結果、こうした市民の共生能力や公民の倫理、共同体意識に支えられることによって、彼らの不安や恐怖や悲嘆感情は緩和されることになるだろう。自死遺族支援にかかわる公的機関の支援者は市民と協力して、地域社会においてこのような共同体意識を育てることに力を注ぐことが、究極的には彼らの自死による悲嘆から解放への道を開くことになるのではないだろうか。

E. 結論

結果と考察を踏まえ、本研究の結論として、以下の提言をする。

1. 自死遺族支援を真正面から取り上げることは、現状では多くの困難を伴うので、日常の地域保健活動の中で行う心の健康教育、うつ病教育等の中で自死の調査や悲

嘆ケアについて触れてゆくことが望ましい。

2. 現場を訪問する際、ハイリスク家庭に属する人々は将来の「自死遺族予備軍」となる可能性があるという認識を常に持ち、彼らに対して継続してフォローを行う必要がある。

3. 支援者を背後でサポートする人材やネットワークシステムを構築することが大切である。

4. 支援者側の感性を育てることが重要である。そのためには、悲嘆教育、生と死の教育の必要性と現場体験、それに過去の傷つき体験を創造的に再生させてゆく力を醸成することなどが求められる。

【その他】

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(竹島正分担研究者)との関連性

「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」において、来年度にかけて別途行われる「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」では、回答者となる自殺遺族が相談支援機関とすでに接触があること、また面接調査終了後も継続的な支援が可能であることが対象者の抽出の要件となる。本研究の各分担研究者の役割の中には、「公的機関の地域保健従事者が遺族に対してどう支援するか、遺族支援のためにどのような調査が必要か」という項目が含まれている。今回行った平山らの研究は、保健師等の支援者側が自死遺族と接触するうえでの困難さや、その克服方法を明らかにすることを目指した。本研究によって明らかにされた成果は、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」における対象者

の抽出及び継続的な遺族支援のあり方に有益な示唆を与えるものと考えられる。

〔参考文献〕

- (1) 「自殺予防に向けての政府の総合的対策について」『わが国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）－平成18年度版－』監修 精神保健福祉研究会 p773.
- (2) 「自殺予防に向けての総合的な対策の推進」同上著書 p769－770.

Ⅲ. 研究協力報告書

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」
研究協力報告書

WHO（世界保健機関）における自殺予防活動
研究協力者 中根 秀之（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科）

研究要旨：

【目的】全世界的に見ても、自殺は深刻である。この問題に対して世界保健機関（WHO）がイニシアティブをとって、1999 年より自殺予防活動 SUPRE を始めている。2002 年には、全世界で 877,000 人が自殺し、それらの DALY s (Disability Adjusted Life Years) を算出し、1.4%としている。

【方法】WHO が行った SUPRE その活動の概要を含め、一部として行われている SUPRE-MISS (the multisite intervention study on suicidal behaviours) 自殺予防戦略多施設介入研究を紹介する。

【結果】SUPRE-MISS のゴールは、自殺行動による死亡率を引き下げたり、自殺に関連する病的状態を減らすことにある。8 つの SUPRE-MISS サイト(South Africa、Brazil、Iran、Estonia、India、Sri Lanka、China、Viet Nam)ですすでに行われた調査研究から、各サイトにおいて自殺未遂、自殺の計画、および自殺の観念化の割合は本質的に異なっていた。またこれらのサイトでは、服毒が自殺企図の主な方法であった。

【結論】自殺の本質には、文化的背景が大きく関与していると思われた。自殺予防の観点から有害物質へのアクセスの制限や、それらに関連した法令規則が整備される必要性が示唆された。また、自殺を試みる患者において、専門職による精神医学的評価を行うことが重要であると考えられた。また、SUPRE-MISS で行われた BIC (Brief Intervention and Contact) による介入は、自殺率を減少させる有効な手段であることも示唆された。

キーワード：精神保健、自殺、WHO、SUPRE、SUPRE-MISS

A. はじめに

我が国においては、これまでも戦争や不景気等の社会・経済状況に影響されたと思われる一過性の自殺増加が観察されているが、警察庁のデータによれば 1998 年の増加以降、未だに自殺者が 3 万人を超えている。世界的に見ても、我が国の自殺者数ならびに自殺率は高く、World Health Organization（世界保健機関：以下 WHO）が対象国として日本のほか米国、

英国、ドイツ、フランス、オランダ、スウェーデン、イタリア、カナダ、オーストラリアなど欧米先進国、及び韓国、中国（ただし調査地域のみ）、シンガポール、ロシア、リトアニア、ハンガリー、スリランカ、アルゼンチンなど世界 99 カ国から収集整理している自殺統計では、特に日本の自殺率は世界の 10 位という報告もある。

一方で、世界における自殺の動向についても深刻な状況が報告されている。

WHO は以下のように述べている。2002年には、全世界で 877,000 人が自殺し、それらの DALYs (Disability Adjusted Life Years) を算出し、1.4%としている。

これら自殺のもつ深刻な問題を WHO では、以下のように警告している。

－2000年のうち、およそ 100 万人が自殺し、その頻度は 40 秒毎に 1 人であった。

－過去 45 年で、世界の自殺率は 60%も増加した。

－この増加傾向は、先進国でも発展途上国でも同様である。

－自殺は、現在、15－44 歳(男女とも)の死亡原因の 3 位以内に入っている。

－自殺未遂については、自殺既遂の約 20 倍といわれている。

－1998 年の疾病による Global Burden としては、1.8%で、2020 年には 2.4%であろう。

－自殺率は、年配の男性において最も高く、若年男性においても増えている。

－精神障害(特に抑うつおよび物質乱用)は、自殺のすべての事例の 90%以上に関係している。

B, 方法 SUPRE (自殺予防活動) の概要

WHO がイニシアティブをとって、1999 年より自殺予防活動 SUPRE として始めた。この SUPRE の目的、活動については、自殺総合対策センターの HP で閲覧することができる (図 1 : <http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/measures/suprej.html>)。

これら SUPRE の活動を通して、世界における自殺の現状についていくつか興味深い結果について報告している。