

【編集責任者】

- | | |
|---------|--------------------------|
| * 大塚 俊弘 | 長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター |
| * 濱田由香里 | 同 上 |
| 川野 健治 | 国立精神・神経センター 自殺予防総合対策センター |
| 伊藤 弘人 | 国立精神・神経センター 社会精神保健部 |

(* 執筆者)

【編集協力者 (50 音順)】

- | | |
|-------|--|
| 青木 葉子 | 青い空の会 |
| 石倉 紘子 | こころのカフェ きょうと |
| 大野 絵美 | 分かちあいの会 あんだんて |
| 川島 大輔 | 国立精神・神経センター 社会精神保健部 |
| 河西 千秋 | 横浜市立大学医学部 精神医学教室 |
| 黒澤 美枝 | 岩手県精神保健福祉センター |
| 桑原 寛 | 神奈川精神保健福祉センター |
| 小泉 典章 | 長野県精神保健福祉センター |
| 清水 新二 | 奈良女子大学 生活環境学部 |
| 田辺 等 | 北海道立精神保健福祉センター |
| 藤井 忠幸 | 自死遺族ケア団体全国ネット |
| 山口 和浩 | NPO 法人 自死遺族支援ネットワーク ^{アール・イー} Re |
| 良原 誠崇 | 鹿児島大学大学院 臨床心理学研究科 |
| 渡邊 直樹 | 関西国際大学 人間科学部 |

研修プログラム・ツールの開発に関する研究： 日本語版 Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) 作成の試み

研究分担者 川野健治 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室長
(社会精神保健部室長併任)

協力研究者 川島大輔 国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会精神保健部 外来研究員

研究要旨：研究目的：自死遺族や未遂者への相談技法や知識の習得を目指した研修の効果を測定しうる尺度の開発を行った。研究方法：米国において開発され、研究蓄積のある Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) の日本語版を作成した。SIRI は SIRI-1 と SIRI-2 の二つの得点算出方法があり、エキスパートの評価を基準とする SIRI-2 に関しては、その得点算出方法に改善の余地がある。そこで自殺念慮を持つ人や自殺未遂者への対応経験がある医療従事者 36 名からデータを収集し、日本語版ベースラインを作成した上で、修正版 SIRI-2 の計算式を確定した。そして自殺対策相談支援研修の前後で参加者 108 名のスキルの変化を SIRI-1、原版 SIRI-2 および修正版 SIRI-2 の得点算出方法で測定し、各計算式の有効性を検討した。また心理職等自殺対策研修の前後でもスキルの変化を測定し、同尺度の交差妥当性を検討した。結果：SIRI-1 は研修効果を測定する信頼性の高い指標とは言い難い。また修正版 SIRI-2 を日本語版 SIRI の得点算出方法として採用することにもいまだ議論の余地があることから、まずは原版 SIRI-2 の得点算出方法を採用することが望ましい。

研究協力者氏名・所属研究期間名及び所属研究機関における職名

伊藤弘人 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部部長

万人以上を記録し続けており、世界的に見ても、日本の自殺率（人口 10 万人あたりに占める自殺者数の割合）は男性が第 11 位、女性が第 6 位と、旧ソ連や東欧諸国が上位のほとんどを占める中、その高さが際立っている（WHO, 2007）。日本でも 2006 年に自殺対策基本法が成立し、2007 年に自殺総合対策大綱が閣議決定され、最近にな

A. 研究目的

日本の自殺者数は 1998 年の急増以来、年間 3

ってようやく自殺対策が本格化し始めたものの、課題は山積である。

その一つに自殺対策に携わる人材の育成があげられる。自殺対策大綱を受けて、自死遺族や未遂者への相談技法や知識の習得を目指した研修が開催されるようになってきているが、こうした研修の効果を測定する実証的研究が必要である。とくに自殺念慮者へのケアの観点から、援助者には適切なケアを行うための自殺の危機に介入する高いスキルが要求されるため、そうしたスキルを測定することのできる尺度が臨床・実践現場から強く求められている。

そこで本研究では米国において開発され、すでに研究蓄積のある Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) の日本語版を作成する。SIRI は潜在的な自殺の危険性を有するクライアントの相談場面において適切な受け答えを選択することができるスキルを評定する、25項目からなる自己記入式調査尺度である。各項目においてまずクライアントの発言が提示され、それに対する2人の援助者(A, B)の受け答えが続いて提示され、回答者はその受け答えを評価する。

この尺度を選択した理由は、すでに多くの研究蓄積を得ていて (e. g., Cotton & Range, 1992; Neimeyer & Bonnelle, 1997; Neimeyer & MacInnes, 1981; Neimeyer & Hartley, 1986; Neimeyer, Fortner, & Melby, 2001; Brown & Range, 2005), 100以上の自殺対策に関わる研修において使用されており (Neimeyer & Pfeiffer, 1994), 研修の効果を測定した研究も数多く報告されている (e. g., Abbey, Madsen, & Polland, 1989; Cotton & Range, 1992; Fenwick, Vassilas, Carter, & Haque, 2004; Neimeyer & MacInnes, 1981; Simpson, Franke, & Gillett,

2007; Tierney, 1994) ためである。

SIRI には二つの得点算出方法がある。1つめは、援助者 A, B の受け答えに対して、より適切な受け答えを選択するよう回答者に求め、その正答数を計算する方法である (SIRI-1: Neimeyer & MacInnes, 1981)。2つめは、それぞれの受け答えに対して-3 (とても不適切な受け答え) から+3 (とても適切な受け答え) で評価することを回答者に求めた上で、その素得点と自殺対策のエキスパートの素得点との距離から得点を算出する方法である (SIRI-2: Neimeyer & Bonnelle, 1997; Neimeyer & Pfeiffer, 1994)。したがって SIRI-1 では得点が高いほど正答数が多く、スキルが高いことを意味し、一方 SIRI-2 では得点が高いほどエキスパートから離れており、スキルが低いことを意味する。

欧米での先行研究によると、専門家群への実施では SIRI-1 に天井効果が見られることから、そうした問題を解決した SIRI-2 が適しており、一方で非専門家群に対して実施する場合や研修での迅速なフィードバックが必要な場合は SIRI-1 の方が適しているという (Neimeyer & Bonnelle, 1997; Neimeyer & Pfeiffer, 1994)。そこで本研究では SIRI-1 と SIRI-2 のどちらが研修の効果測定により適しているのかを検討する。

ただし SIRI-2 に関しては、ベースラインとなるエキスパートの素得点において標準偏差の大きい項目が複数あり、項目 14 の A と B に至っては偏りが著しく大きいことから除外されているため (Neimeyer & Bonnelle, 1997), 新たにより適切な計算式を検討する必要がある。そこで本研究ではまず日本の自殺対策のエキスパートに対する調査を実施し、新たな SIRI-2 の計算式を算出する。その上で自殺対策の相談員研修に

において、作成した日本語版 SIRI を実施し、SIRI-1 と SIRI-2 の計算式を比較することで、より適切な得点算出方法について検討する。

そして得られた結果が、心理職を対象とした自殺対策の研修においても確認されるかどうかを検討する。

B. 研究方法

1. 質問紙

1. エキスパートに対する質問紙内容

日本語版 SIRI に加え、性別、年齢、職業、精神科医療に関連する資格の有無、頻繁に接する患者の特徴とその接し方、過去1年間の自殺念慮者の対応件数についての質問が含まれている。なお日本語版 SIRI は50個の質問項目(25項目についてAとBの2つの質問)からなり、回答の形式は原版と同様に7件法(-3 = とても不適切な受け答え, +3 = とても適切な受け答え)とした。

2. 相談員研修参加者に対する質問紙内容

日本語版 SIRI の他、自殺予防と遺族支援に関する基本的知識、自殺対応への自信、基本的属性が含まれている。基本的知識は、自殺についての知識に関するテスト (e. g., Abbey et al., 1989; Simpson et al., 2007; Simpson, Winstanley, & Bertapelle, 2003) を参考に、自殺念慮者への対応や自死遺族の状況など、自殺予防と遺族支援に関する知識を捉えられるように作成した。「自殺は覚悟の上での行為である」「自殺を口にする人は、本当は自殺しない」「自殺は何の前触れもなく突然起きる」「ほとんどの自殺者は生前何らかの精神障害にかかっている」「死別後の悲嘆の多くは、生体の正常な反応である」「自殺は伝染する」の6項目からなり、2件法(そう思う=1, そう思わない=0)で

たずねた。なお前者3つが誤った知識であり、後者3つが正しい知識である。自殺対応への自信については、自殺の対応への自信に関する質問 (Fenwick et al., 2004; Morriss et al., 1999) を参考にして作成した。「私は潜在的な自殺のリスクに気づくことができる」「私は自殺念慮をもった人のニーズに対応することができる」「私は遺族の多様な悲嘆のプロセスに気づくことができる」「私は自死遺族のニーズに対応することができる」「私は地域の実情に応じた遺族支援を展開することができる(できた)」の5項目からなり、5件法(全くそう思わない=1, 強くそう思う=5)でたずねた。なお基本的属性は、性別、年齢、職業、就業年数、自殺念慮者あるいは自死遺族からの過去1年間の相談件数である。

3. 心理職研修参加者に対する質問紙内容

日本語版 SIRI の他、自殺予防と遺族支援に関する基本的知識、自殺対応への自信、基本的信頼感、基本的属性が含まれている。内容はほぼ相談員研修と同様であるが、基本的知識は「全くそう思わない」から「強くそう思う」の5件法でたずねた。

2. 調査対象者

1. エキスパート 原著者らはベースラインの算出にアメリカ自殺予防学会や国際自殺予防学会等の専門的組織の現(元)理事を含む、自殺や危機介入に関する理論や研究、および実践への貢献が広く刊行されている国際的に著名な専門家をエキスパートとして選択した

(Neimeyer & Bonnelle, 1997)。他方、日本においては、自殺予防の専門的組織の活動は緒に就いたばかりであり、多様な職種、学会からの参入が続いている状況にある。そのため、原版

と同様の手続きを取ることは困難であった。

そこで本研究では1年以内に実際に自殺念慮を持つ人や自殺未遂者への対応経験がある医療従事者をまずは候補として考えた。平成20年11月から約1ヶ月間、日本において自殺対策に先駆的に取り組んでいる複数の対策拠点に協力を依頼した。最終的に36名(男性23名、女性13名)から質問紙を回収した。なお属性に関して30代が18名と最も多く、また医師が27名であった。またそのうち14名が精神保健指定医であった。自殺念慮者および自殺未遂者への過去1年間の対応件数は平均79.0件であった。

2. 相談員研修参加者 平成20年1月に2日間にわたり開催された、自殺対策相談支援研修における研修参加者108名(男性24名、女性84名)を対象に質問紙調査を実施した。年齢では40代が44名と最も多く、また職業では保健師が59名と最も多かった。過去1年間に自殺念慮者あるいは自死遺族から受けた相談件数は平均13.3件であり、就業年数は平均14.1年であった。なお研修は、希死念慮者や自死遺族への相談技法等に関する知識の修得を主たる目的とし、講義形式で実施した。

3. 心理職等研修参加者 平成20年10月に2日間にわたり開催された、心理職等自殺対策研修における研修参加者127名を対象に質問紙調査を実施した。プレ・ポストともに質問紙を回収でき、かつ回答に不備のなかった114名(男性29名、女性85名)を分析の対象とした。年齢では30代が55名と最も多く、また職業では臨床心理士が93名と最も多かった。過去1年間に自殺念慮者から受けた相談件数は平均13.8件であり、自死遺族から受けた相談件数は平均1.8件であった。就業年数は平均9.9年であった。なお相談員研修と同様、希死念慮者や自死

遺族への相談技法等に関する知識の修得を主たる目的とし、講義形式で実施した。

3. 調査手続き

1. 日本語版SIRIの作成手順 原著者の許可を得て翻訳したのち、日本の相談場面の状況や社会文化的背景に沿うよう修正した。翻訳に当たっては、自殺対応の経験が豊富な医師、看護師、臨床心理士等からの意見を踏まえ、日本の相談場面で自然に見られる受け答えになるように修正した。また顕著な文化差が見られる項目については、欧米での臨床経験を持つ専門家に意見を求め、原版での項目の意味を損なわないよう配慮した。全項目について原版の英文を知らないバイリンガルによるバックトランスレーションを行い、最終的に原版と日本語版の項目の対応について原著者の確認を得た。

2. 日本語版ベースラインの算出 自殺念慮者・未遂者への対応経験者のデータを収集し、ベースラインを構成するエキスパートとして不適切なものを多変量外れ値の方法を用いて除外した。そして日本語版ベースラインを作成した上で、修正版SIRI-2の得点算出方法を検討した。

3. 計算式の有効性の検討 自殺対策相談支援研修の参加者に質問紙調査を実施し、研修前後でのスキルの変化をSIRI-1、原版SIRI-2、修正版SIRI-2の得点算出方法により測定することで、計算式の有効性を検討した。

4. 交差妥当性の検討 心理職研修の参加者に質問紙調査を実施し、研修前後でのスキルの変化をSIRI-1、原版SIRI-2、修正版SIRI-2の得点算出方法により測定し、計算式の有効性を再度検討した。

C. 研究結果

1. 日本語版ベースラインの算出と修正版

SIRI-2の計算式の確定

1. 日本語版ベースラインの算出 分析対象となった36名は実際に患者に接した経験を持つが、その回数や自身の職業・年齢はまばらであり、日本語版SIRIの質問への回答にもばらつきが認められた。そこで修正版SIRI-2のベースライン算出にあたり日本語版SIRIの各項目に対する回答を用いて、まず外れ値の検出を行なった。検出にはFilzmoser, Garrett, & Reimann (2005)による多変量外れ値の方法を使用した。この方法は、フリーの統計ソフトウェアRに含まれるパッケージ“mvoutlier”で実装されており、本分析でも“mvoutlier”を使用した。またFilzmoser et al. (2005)による方法では、変数の数の2倍以上のサンプル数が必要になるが、本データはサンプル数が36名であるのに対し、25項目についてAとBの2つがあることから質問項目数は50であり、これを満たさない。そこで10項目ずつ5回に区切って分析を行い、外れ値の候補として2回以上検出された8名を後の分析からは除外し、日本語版ベースラインは28名の平均値とした。除した8名と28名では既述の属性に関する差は見られなかった($p > .05$)。

2. 計算式の確定 本研究では、より適した計算式を作成するため、スキルを測定する場合にはベースラインとの単純な差ではなく、重み付きの差を使用する。各項目の重要度を反映させるために、28名が比較的一貫した評価を行った項目の重みは大きく、一方ばらついた評価を行った項目の重みは小さくなるように、各項目の標準偏差の逆数を重みとした。また、重み自体が信用に足るものであるか否かも問題になるため、重みの標準誤差を10000回のブートストラップ法によって算出した。その結果、標準誤差は非常に小さく、スキルの測定には問題がないと判断し、修正版SIRI-2の計算式を確定した。

すなわち「得点 = $\sum (|各項目の素得点 - 各項目のベースライン| \times 重み)$ 」である。

なお得られた日本語版ベースラインを原版ベースラインと比較したところ概ね評価のパターンは共通しているものの、原版と比較して日本語版では全体的に評価が「どちらでもない」に近接しており、より慎重で曖昧さを残していた。

2. 計算式の有効性についての検討

—SIRI-1, 原版SIRI-2, 修正版SIRI-2

まず自殺予防と遺族支援に関する基本的知識、自殺対応への自信によって研修の効果を確かめた。知識について、本研究では自殺予防と遺族支援に関する幅広い基本的知識をたずねたため、合計得点ではなく、各項目の正答数をプレテストとポストテストのそれぞれで確認した。結果、「自殺は覚悟の上での行為である」(プレ86名, ポスト96名), 「自殺を口にする人は、本当は自殺しない」(プレ106名, ポスト108名), 「自殺は何の前触れもなく突然起きる」(プレ95名, ポスト104名), 「ほとんどの自殺者は生前何らかの精神障害にかかっている」(プレ67名, ポスト97名), 「死別後の悲嘆の多くは、生体の正常な反応である」(プレ105名, ポスト105名), 「自殺は伝染する」(プレ75名, ポスト81名)であった。研修前後で正答数が変化しなかった1項目を除いたすべてで正答数が増加していた。他方、自信については α 係数がプレテスト, ポストテストともに.83と高く内的一貫性が確認できたため、合計得点を算出したところ、プレテストで平均18.36 (SD 3.64), ポストテストで平均21.64 (SD 2.82)と、研修によって有意

に向上していた ($t(107) = 11.93, p < .001$)。これらの結果より、研修内容は、自殺予防に対する正確な知識の習得を促し、自殺対応への自信を向上させたことが確認された。

次に日本語版 SIRI の 3 つの計算式の有効性について検討するために、研修前後のスキルの変化について Neimeyer & Pfeiffer (1994) による SIRI-1 での得点を算出したところ、プレテスト平均得点 19.59 ($SD 2.17$)、ポストテスト平均得点 20.44 ($SD 2.24$) であった。SIRI-1 では、研修によってスキルが向上していると判断された ($t(107) = 4.21, p < .001$)。原版 SIRI-2 の計算式ではプレテスト平均得点 58.99 ($SD 12.16$)、ポストテスト平均得点 54.59 ($SD 12.40$) であり、SIRI-1 の結果と同様、研修によってスキルが向上したと判断された ($t(107) = -3.90, p < .001$)。一方、修正版 SIRI-2 の計算式では、プレテスト平均得点 48.31 ($SD 12.18$)、ポストテスト平均得点 52.50 ($SD 13.66$) であり、SIRI-1 および原版 SIRI-2 の結果とは異なり、研修によってスキルが低下したと判断された ($t(107) = 3.56, p < .001$)。

日本語版 SIRI の各計算式の信頼性を確かめるため、まず SIRI-1 の 25 項目についての信頼性係数を Kuder-Richardson 20 の公式を用いて算出したところプレテストで .43、ポストテストで .51 であり、先行研究において報告された .83 (Cotton & Range, 1992) あるいは .84 (Neimeyer & MacInnes, 1981) の値を大きく下回った。他方、原版 SIRI-2 について Cronbach の α 係数を算出したところ、プレテストで $\alpha = .71$ 、ポストテストで $\alpha = .73$ と十分な値を示した。修正版 SIRI-2 ではプレテストで $\alpha = .81$ 、ポストテストで $\alpha = .87$ と高い値を示した。

修正版 SIRI-2 が原版 SIRI-2 や SIRI-1 とは異

なる結果を示した原因を探るため、計算式によって結果が異なる回答者(たとえば、原版 SIRI-2 では研修効果があったと判断されたが、修正版 SIRI-2 では研修効果がないと判断されたもの)の属性を検討した。とくに研修による知識や自信の極端な向上(あるいは低下)や、これまでの就業年数、実際に相談に携わった件数が、研修効果の矛盾を引き起こした可能性が考えられる。そこで修正版 SIRI-2 と原版 SIRI-2 の研修効果の有無、つまり研修によってスキルが向上したか、それとも低下したか(あるいは変化しなかったか)に基づいて 2×2 の 4 群を作成し、研修による個々の知識の変化(ポストプレ)、就業年数、相談件数、研修による自信の変化(ポストプレ)について Kruskal Wallis 検定を行った。しかしいずれの属性においても有意な値は得られなかった ($p > .05$)。

また研修前後での各項目の素得点を確かめてみると、研修参加者の研修前の素得点は日本語版ベースラインと近接しているものの全体的に -3 (とても不適切な受け答え) の方向にずれていたが、研修後には A と B のうち一方がより +3 (とても適切な受け答え) に近づき、他方がより -3 (とても不適切な受け答え) に近づくというように、両方向に広がっていた。すなわち研修によって適切・不適切の判断が明確になったといえる。

3. 交差妥当性についての検討

まず自殺予防と遺族支援に関する基本的知識、自殺対応への自信によって研修の効果を確かめた。知識について、各項目においてプレテストとポストテストの評価を比較した。結果、「自殺は覚悟の上での行為である」($t(113) = -5.45, p < .001$)、「自殺を口にする人は、本当は自殺

しない」($t(113) = -5.42, p < .001$), 「自殺は何の前触れもなく突然起きる」($t(113) = -2.77, p < .01$), 「ほとんどの自殺者は生前何らかの精神障害にかかっている」($t(113) = 8.23, p < .001$), 「死別後の悲嘆の多くは, 生体の正常な反応である」($t(113) = 2.37, p < .05$), 「自殺は伝染する」($t(113) = 8.16, p < .001$) と, 研修によって正しい知識はより適切なものとして, また誤った知識はより不適切なものとして評価できるようになった。他方, 自信については合計得点を算出したところ, プレテストで平均 18.38 ($SD 3.34$), ポストテストで平均 22.07 ($SD 2.60$) と, 研修によって有意に向上していた ($t(113) = 14.46, p < .001$)。これらの結果より, 研修内容は, 自殺予防に対する正確な知識の習得を促し, 自殺対応への自信を向上させたことが確認された。

次に研修前後のスキルの変化について Neimeyer & Pfeiffer (1994) による SIRI-1 での得点を算出したところ, プレテスト平均得点 20.58 ($SD 2.39$), ポストテスト平均得点 21.25 ($SD 2.11$) であった。SIRI-1 では, 研修によってスキルが向上していたと判断された ($t(113) = 4.35, p < .001$)。原版 SIRI-2 の計算式ではプレテスト平均得点 53.65 ($SD 11.73$), ポストテスト平均得点 49.49 ($SD 11.83$) であり, SIRI-1 の結果と同様, 研修によってスキルが向上したと判断された ($t(113) = -5.27, p < .001$)。一方, 修正版 SIRI-2 の計算式では, プレテスト平均得点 48.78 ($SD 11.69$), ポストテスト平均得点 51.64 ($SD 13.76$) であり, SIRI-1 および原版 SIRI-2 の結果とは異なり, 研修によってスキルが低下したと判断された ($t(113) = 3.21, p < .01$)。

日本語版 SIRI の各計算式の信頼性を確かめ

るため, まず SIRI-1 の 25 項目についての信頼性係数を Kuder-Richardson 20 の公式を用いて算出したところプレテストで .55, ポストテストで .52 であった。他方, 原版 SIRI-2 について Cronbach の α 係数を算出したところ, プレテストで $\alpha = .72$, ポストテストで $\alpha = .74$ と十分な値を示した。修正版 SIRI-2 ではプレテストで $\alpha = .80$, ポストテストで $\alpha = .88$ と高い値を示した。

D. 考察

1. 日本語版 SIRI の計算式の決定

相談員研修では, 自殺予防と遺族支援に関する基本的知識および自殺対応への自信において効果が確認されたにもかかわらず, 日本語版 SIRI を用いて各計算式による得点を比較したところ研修の効果が異なっていた。この理由を確かめるべく属性との関係を調べたが, 研修効果の矛盾を説明する属性は確認できなかった。一方, 素得点の研修前後の変化を確認したところ, 研修前では素得点が日本語版ベースラインと近接しているものの全体的に不適切な受け答えの方向にずれており, 研修後には両方向に広がっていた。

研修前に全体的に不適切な受け答えの方向にずれていたのは, 相談場面の自分の対応によって相手の生命が左右されるという責任の重さと不安が影響していた可能性があるだろう。たとえば山田・名取・河西 (2008) は, 自殺予防対策の相談従事者は自らの支援のあり方によっては自殺を惹起してしまうのではないかと恐れや, 相談対応への困難感を抱いていることを報告している。また福田・石川・久保・石守 (2006) も, 救命救急センターの看護師を対象とした調査から, 81% に相談対応への困難感が認められ

たと報告している。すなわち、研修参加者は研修前ではどの項目もあまり適切とは思えない、つまり自殺の危機にどのように介入したら良いのかわからないため、誤った受け答えと思われてもはっきりと評価できず、逆に、正しい受け答えについては、適切なものとするにもやや不安が残ったのではないだろうか。

一方で、研修後の回答においては、各項目の素得点の絶対値が大きくなった。これは先のような不安があった参加者が、研修によってどのような受け答えがより適切（もしくは不適切）なのかが判断できるようになったことが反映したと考えられる。これらの結果、研修前後の変化としては、正解・不正解が明確で、比較的絶対値の大きな値をとる原版ベースラインに近づくことになり、他方で、判断に曖昧さを残し、比較的絶対値が小さい日本語版ベースラインからは遠ざかることになったのではないだろうか。

また心理職研修において、日本語版 SIRI を用いて各計算式による得点を比較したところ、相談員研修同様、原版 SIRI-2 の妥当性および信頼性が確認された。

以上により、本研究において実施したような知識提供型の自殺対策研修の効果を測定する上では、日本語版 SIRI の得点算出方法として、原版 SIRI-2 の計算式を採用することが望ましいと考えられる。他方、SIRI-1 は研修効果を測定する信頼性の高い指標とは言い難く、エキスパートの評価を基準とする修正版 SIRI-2 を採用するにもいまだ議論の余地がある。

2. 日本語版ベースライン再検討の可能性

本研究では日本語版 SIRI を作成し、その計算式の有効性について検討してきたが、修正版 SIRI-2 が研修効果を測定できなかったこと、つ

まり、原版ベースラインと比較して、日本語版ベースラインが選択肢の適切／不適切を明確にしておらず、曖昧であることには、大きく2つの点から推測が可能である。

一つめは、日本で自殺対策に取り組むものを取り巻く状況である。日本の自殺者数が急増して以来高止まりしていることの原因がまだ解明されておらず、またどの介入や手法が有効であるのかについても、十分な科学的根拠が得られていない状況で、日本の相談従事者は自殺の問題に対応しなければならない。また、自殺対策大綱においてもその重要性が明記されている自殺の原因解明と有効な介入方法の同定については、現在「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」と「自殺対策のための戦略研究」がそれぞれ展開されているが、これらも未だ研究の途上にある。

こうした状況下では、日本のエキスパートもまた、自殺念慮者に対する、多様な可能性を視野に入れた慎重な対応が必要であり、そのことが日本語版ベースラインの曖昧さにつながったのではないだろうか。ただし今後、自殺対策に関連する研究知見が蓄積され、エビデンスに基づく相談対応が可能になれば、日本語版ベースラインは、異なるパターンを示すかもしれない。

とくに、本研究では自殺対策に先駆的に取り組んできた複数の対策拠点から、自殺念慮を持つ人や自殺未遂者への対応経験がある医療従事者をベースラインの候補として選択したが、日本語版ベースラインを構成した日本のエキスパートが原版と同様の状況、すなわち学会等を通じてわが国の専門家に共通した自殺対策の理論・視点が均てん化していく過程を経て、欧米の原版ベースラインと日本語版ベースラインが近似していくことも考えられる。まずは自殺対

策に関連する日本での研究蓄積を待って、再度、日本語版ベースラインについて検討することが必要である。

二つめの仮説としては、日本語版 SIRI に対する曖昧な評価は、日本の自殺対応の臨床現場の実情に即したものであり、原版とのずれが米国との文化差である可能性である。今回の研修は知識提供型の研修であったが、上記の仮説が正しいとすると、このような研修への参加者は、研修の成果として知識レベルで適切な介入法を理解したとしても、研修後に現場の複雑さを体験することで、日本語版ベースラインのような曖昧さを残した判断基準を持つようになるかもしれない。

したがって、事例検討やロールプレイなどを多数盛り込み、専門的知識と技術を習得したエキスパートを育成することを志向する実習型の研修を実施した場合には、日本語版ベースラインを用いた計算式の有効性が示されるかもしれない。今後、様々な形態の研修において効果測定を積み重ねた上で、この問題について再度検討することが必要である。

E. 結論

本研究において実施したような知識提供型の自殺対策研修の効果測定の上では、日本語版 SIRI の得点算出方法として、原版 SIRI-2 の計算式を採用することが望ましい。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 投稿中
2. 学会発表

川島大輔・川野健治・伊藤弘人 (2008.4). 自殺の危機介入スキル尺度 (SIRI-2) の整備と実施 第 32 回日本自殺予防学会総会プログラム・抄録集, 108.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

I. 引用文献

- Abbey, K. J., Madsen, C. H., & Polland, R. (1989). Short-term suicide awareness curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 216-227.
- Brown, M. M., & Range, L. M. (2005). Responding to suicidal calls: Does trait anxiety hinder or help? *Death Studies*, 29, 207-216.
- Cotton, C. R., & Range, L. M. (1992). Reliability and validity of the suicide intervention response inventory. *Death Studies*, 16, 79-86.
- Fenwick, C. D., Vassilas, C. A., Carter, H., & Haque, M. S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.
- Filzmoser, P., Garrett, R. G., & Reimann, C. (2005). Multivariate outlier detection in exploration geochemistry. *Computers &*

- Geosciences, 31, 579-587.
- 福田紀子・石川崇子・久保まゆみ・石守久美子 (2006). 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度 日本看護学会誌, 15, 15-24.
- Kroll, J. (2000). Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1684-1686.
- Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A., & Robson, M. (1999). Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 52, 77-83.
- Neimeyer, R. A., & Bonnelle, K. (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: A revision and validation. *Death Studies*, 21, 59-81.
- Neimeyer, R. A., & Hartley, R. E. (1986). Factorial structure of the suicide intervention response inventory. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 16, 434-447.
- Neimeyer, R. A., & MacInnes, W. D. (1981). Assessing paraprofessional competence with the suicide intervention response inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 176-179.
- Neimeyer, R. A., & Pfeiffer, A. M. (1994). Evaluation of suicide intervention effectiveness. *Death Studies*, 18, 131-166.
- Neimeyer, R. A., Fortner, B., & Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 71-82.
- Simpson, G., Franke, B., & Gillett, L. (2007). Suicide prevention training outside the mental health service system: Evaluation of a state-wide program in Australia for rehabilitation and disability staff in the field of traumatic brain injury. *Crisis*, 28, 35-43.
- Simpson, G., Winstanley, J., & Bertapelle, T. (2003). Suicide prevention training after traumatic brain injury: Evaluation of a staff training workshop. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18, 445-456.
- Tierney, R. J. (1994). Suicide intervention training evaluation: A preliminary report. *Crisis*, 15, 69-76.
- World Health Organization. (2007). Suicide rates per 100,000 by country, year and sex. World Health Organization <
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html> (September 26, 2007)
- 山田素朋子・名取みぎわ・河西千秋 (2008). 相談従事者の自殺予防に対する意識調査 精神保健福祉, 39, 252.

自死遺族当事者の悲嘆およびケアへのニーズ に関する調査研究（1）

研究分担者 川野健治 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室長
（社会精神保健部室長併任）

協力研究者 小山達也 東京女子医科大学看護学部 助教（社会精神保健部研究生）

研究要旨：目的：自死遺族当事者の悲嘆、ソーシャル・サポートと二次的被害等の実態を把握することを通して、自死遺族当事者へのケアに資することを目的とする。方法：自死遺族の多様性を把握するために、自死遺族支援グループ、Web上で交流している自死遺族、2006年の自死遺族支援研修に参加した保健師からの紹介の3つのアプローチを設定した。このうち、2007年11月までに把握した自死遺族支援を行っている34の団体に対し調査協力を依頼し、調査協力の得られた23団体に対し計461部の質問票を郵送し、遺族への配布を依頼した。回収された111名分（24.1%）の質問票を分析した。結果：本研究の回答者は、故人への自責の念が顕著に見られていた一方、自死による死別においてもそこになんらかの学びを見出していた。また故人への怒りは、それほど感じていなかった。支えや助けになったことが家族（91.0%）で最も高かったものの、傷つけられた割合（53.2%）も半数以上あり、家族間のグリーフ・ワークの難しさも浮き彫りになった。結論：わが国の自死遺族当事者の悲嘆および支援の実態の一部が明らかとなった。

研究協力者氏名・所属研究期間名及び所属研究機関における職名

川島大輔 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 外来研究員
伊藤弘人 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部部長

必要性が明文化されている。

大綱の重点施策では、遺された人の苦痛を和らげることが挙げられているが、その支援に先立ち必要不可欠なはずの、自死による悲嘆の実際や自死遺族がどのような支援を必要とするのか、そして何によって傷つけられているのかについての実証的研究の蓄積はほとんどなされてきていない。以下、悲嘆、ソーシャル・サポートと二次的被害、そしてそれらの関係性について具体的に述べる。

A. 研究目的

自殺対策基本法（平成18年10月施行）の第十九条において、遺族への支援が基本的施策として示されており、また平成19年に策定された自殺総合対策大綱においても自死遺族のケアの

まず死別による悲嘆については、複雑性悲嘆をもたらすと考えられる、子どもの死 (e. g., 瀬藤・丸山, 2004; 富田・大塚・伊藤・三輪・村岡・片山・川村・北村・上里, 2000)、事故死 (e. g., 有園・加藤・煙崎, 2006; 引沼・矢嶋・坂野, 2005)、犯罪による死 (e. g., 大和田, 2003) 等について報告されている。自殺による悲嘆も複雑性悲嘆をもたらすと考えられるが、遺族の悲嘆の内容は故人の死因が深く関係していることから (Jordan, 2001)、自殺者遺族の視点が必要不可欠である (張・津川・李・広瀬, 2002)。自死による死別後の悲嘆反応の特徴としては、あしなが育英会とグリーフケア・サポートプラザが簡単な報告をしており、また高橋 (2006) は自らの臨床経験に基づき、自死遺族の悲嘆特徴の類型をまとめている。しかしながらそうした散発的な報告はあるものの、いまだその実態は十分明らかになっていないと言え、より綿密な調査研究が必要である。またあしなが育英会とグリーフケア・サポートプラザの調査はともに特定の団体に属する遺族に対して実施した調査であることから、遺族団体に参加していない、あるいはできない自死遺族に対してもアプローチすることが必要である。さらに近年の悲嘆研究では、死別による単純な反応としてではなく、課題 (Worden, 1991) や意味 (Neimeyer, 2001) を重視する方向へとパースペクティブの移行が見られることから、そうした側面についても目を向けること必要であると考える。

次に死別後の適応に影響する重要な要素として、ソーシャル・サポートと二次的被害が考えられる。ソーシャル・サポートについて、その内容と精神的健康との関連が報告されている (e. g., 福岡・安藤・松井, 2003; 坂口, 2005)、

自死遺族への調査は乏しい (e. g. Jordan & McMenamy, 2004)。とくにわが国では、あしなが育英会とグリーフケア・サポートプラザにおける調査から、自死遺族を取り巻くソーシャル・サポートの輪郭が浮かび上がっているものの、実証的なデータは著しく不足している。また適応を困難にする二次的被害の研究もソーシャル・サポートと同様、その内容と精神的健康の関連が報告されている (e. g., 引沼他, 2005; 坂口・柏木・恒藤, 1999; 坂口, 2001)、自死遺族に対する調査はやはり皆無に等しい。

以上の問題点を鑑み、本研究では、悲嘆、ソーシャル・サポートと二次的被害、そして自死遺族を取り巻く諸要因の実態を把握する。

B. 研究方法

1) 対象者

自死遺族を対象とする本研究では、遺族に対して様々な社会的スティグマがあること、これまで大規模な調査がなされていないこと等から、調査協力を得ることが容易ではないと予想される。例えば、既述のとおり自助グループ等が遺族の悲嘆やケアの実態を報告しているが、調査はそのグループに参加する遺族に限定されていた。しかし実際にはそうしたグループに参加しない、あるいはできない遺族も多く存在すると想定されている。自死遺族への多様な支援の道筋を明らかにするためには、そうした遺族の悲嘆やケアの実態を把握することも必要である。

そこで本調査では、①遺族団体に参加している自死遺族、②自死遺族のためのホームページを利用する自死遺族、③「平成 18 年自死遺族ケアに関する精神保健福祉センター職員研修会」の研修参加者から推薦された自死遺族の 3 つのアプローチを採用した。このうち本報告では、

①遺族団体に参加している自死遺族に対する質問紙調査のデータを検討した。

2) 質問紙の構成

質問紙¹は悲嘆反応および死別による意味、支援の実際（ソーシャル・サポート、二次的被害等）、そしてその他の人口統計学的背景（性別、年齢、故人の続柄等）と健康状態についての質問項目によって構成されている。

3) 調査方法

説明書と依頼書をもとに遺族団体に調査協力の依頼を行った。2007年12月から2008年6月までの期間で、協力の得られた団体に協力可能な数の調査用紙を郵送し、自死遺族に調査用紙を配布してもらうよう依頼した。遺族にはアンケート終了後、返信用封筒での郵送を求めた。ただし、内容に回答可能と考えられる16歳以上を対象とした。

（倫理面への配慮）

本調査は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認（平成19年9月21日）を得て、実施した。

また協力者が質問紙の回答時に、亡くなった故人の想起などにより心理的負担が生じる可能性があるが、回答者のそのような心理的負担が生じた際に「答えたくない」という回答項目を設置することで、遺族の心理的負担を和らげる配慮を行っている（川野・宮崎・高崎・清水、2004）。

C. 研究結果

¹ただし実際の質問項目は、回答者の負担を考慮して、支援の実際をはじめに尋ねる構成になっている。

23団体に対し計461部の質問票を郵送し、遺族への配布を依頼した。結果、111名分（24.1%）の質問票を回収した。

1) 回答者の属性

回答者は「男性」が21.6%、「女性」が78.4%であった（巻末図1参照）。回答者の年齢は「10代」が0.9%、「20代」が7.2%、「30代」が12.6%、「40代」が18.0%、「50代」が35.1%、「60代」が19.8%、そして「70代以上」が6.3%であった（巻末図2参照）。

また遺族会やインターネット上での交流会等の利用状況について、遺族会に参加していると回答したのは86.4%であった（巻末図3参照）。またインターネット上での遺族間の交流会や掲示板等の利用状況について尋ねたところ、29.1%が利用していると回答した（巻末図4参照）。

2) 故人の属性

故人の属性について、4名の回答者が2名の故人を、また1名の回答者が3名の故人を報告した。複数回答を含む、計118名の故人の属性は「男性」が63.6%、「女性」が36.4%であった（巻末図5参照）。回答者の年齢は「10代」が12.7%、「20代」が26.3%、「30代」が19.5%、「40代」が15.3%、「50代」が11.9%、「60代」が10.2%、そして「70代以上」が3.4%であった。また「答えたくない」と回答したものが1名（0.8%）あった（巻末図6参照）。さらに故人の続柄は「親」が21.1%、「配偶者」が20.2%、「きょうだい」が13.2%、「子ども」が42.1%、「その他」が3.5%であった（巻末図7参照）。

3) 悲嘆反応と意味

故人に対して怒りを感じているかを尋ねた項目において「全くない」と答えたのは34名(32.4%)であった(巻末図8参照)。他方、自責の念について尋ねたところ、「いつもある」が54名(49.5%)であり、故人が亡くなったことに対して自らを責める気持ちが多くの回答者から報告された(巻末図9参照)。さらに死別の体験を通じて、自身や他者について何か学んだことや気づいたことがあるかを尋ねた項目において、「全く感じない」と回答したものはわずか4名(3.8%)であり、回答者の大半が何かを学んだことがあると回答していた(巻末図10参照)。

4) ソーシャル・サポート

支えや助けになったことが「あった」と回答した割合が最も高かったのは、家族で91.0%、次いで自死遺族当事者の集まりや団体等で81.1%であった。一方、最も割合が低かったのは、消防職員や救急隊員で6.3%であった。この他、教師、弁護士、行政職員、そして報道関係者ではあったと回答したものが20%を下回っており、ソーシャル・サポートとしての機能は低かった。(巻末図11参照)

5) 二次的被害

傷つけられたことが「あった」と回答した割合が最も高かったのは、親戚で60.4%、次いで家族で53.2%であった。一方で、傷つけられたことがあったと回答した割合が最も低かったものは、弁護士で2.7%であった。また教師、消防職員や救急隊員、報道関係者から傷つけられたことがあると回答した割合はいずれも5%前後であった(巻末図11参照)。

6) 精神的健康

気分・不安障害のスクリーニング尺度である

K6で、精神的健康の状態について検討した。なおK6では、気分・不安障害の頻度10%の集団に対して、9点以上の群では50%以上の確率で気分・不安障害が認められるとされている。結果、調査協力の得られた遺族のうち49名(47.6%)が、K6のカットオフポイントを超えていた(巻末図12参照)。

D. 考察

本研究の回答者は女性が約8割を占めており、中高年、とくに50代の割合が大きい。また遺族団体に参加している自死遺族を対象としたことから、回答者の8割以上が現在も遺族会に参加している。また故人の続柄から、子どもを自死によって喪った親が多いといえる。

悲嘆反応と意味について、本研究の回答者は、自死による死別においてもそこになんらかの学びを見出しており、故人に対する怒りはそれほど感じていないといえる。しかし一方で自責の念が顕著に見られることは、これまでの報告と同様である(Jordan, 2001; 高橋, 2006)。

ところで本研究の回答者は自死遺族当事者の集まりや団体から多くのソーシャル・サポートを受けていると回答しているが、これは遺族団体を通して自死遺族へ依頼した調査方法とも無関係ではない。また、家族が非常に高いソーシャル・サポートの供給源であると同時に、二次的被害をもたらしていたことは、自死遺族当事者への支援の難しさを表わしていると推察される。つまり家族の一員を喪った遺族間で互いのグリーフ・ワークに協力的な場合にはそれは大きな支えになる一方で、互いの悲しみが理解されない、あるいは共有できないとき著しい苦

痛をもたらしている可能性がある。

ソーシャル・サポートと二次的被害を比較した場合、近隣住民については、唯一二次的被害がソーシャル・サポートを上回っていた。ここには、自死に対する社会的スティグマが影響をもたらしている可能性があるだろう。今後自死や自死遺族への社会的スティグマの解消を目指して、知識の普及や啓蒙活動などの取り組みも検討していくべきである。

さらに約半数の対象者に気分・不安障害の傾向が確認されたことは、自死遺族支援におけるメンタルヘルスの視点の重要性を改めて示すものであった。

E. 結論

わが国の自死遺族当事者の悲嘆および支援の実態の一部が明らかとなった。自責の念が、多く報告されたことは、先行研究の知見に一致する。他方、遺族をめぐるサポートの担い手が、二次的被害に関係する可能性をデータは示しており、遺族をめぐる環境の複雑さが示された。今後は、自死遺族の多様性、個別性を前提にした分析が必要である。特に、本報告は、遺族会参加者のデータが中心であり、遺族の多様性に配慮した分析が必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考・引用文献

有園博子・加藤寛・煙崎久子 (2006). 突然の事故により家族と死別した遺族の経年的な心理的状态の変化 心的トラウマ研究, 2, 31-39.

張賢徳・津川律子・李一奉・広瀬徹也 (2002). 自殺既遂者遺族の悲嘆について—心理学的冒険協力者の追跡調査— 自殺予防と危機介入, 23, 26-34.

福岡欣治・安藤清志・松井 豊 (2003). 死別体験後のソーシャル・サポートと心理的適応に関する予備的検討 静岡文化芸術大学研究紀要, 4, 55-60.

引沼有香子・矢嶋裕樹・坂野純子 (2005). 交通遺児学生における死別後の二次的ストレスが精神的健康に与える影響 日本保健科学学会誌, 8, 73-79.

Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? : A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91-102.

Jordan, J. R., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337-349.

河合千恵子 (1984). 配偶者との死別後における老年期女性の人生—そのストレスと適応— 社会老年学, 20, 35-45.

川野健治・宮崎朋子・高崎文子・清水新二

(2004). 自殺問題に対する態度 (1) 日本社会心理学会第45回大会発表論文集, 508.

Neimeyer, R. A. (Ed.), (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association.

大和田囁子 (2003). 犯罪被害者遺族の心理と支援に関する研究 風間書房.

坂口幸弘 (2001). 配偶者との死別における二次的ストレスと心身の健康との関連 健康心理学研究, 14, 1-10.

坂口幸弘 (2005). 死別後の精神的健康に及ぼすソーシャル・サポートの効果——サポート内容に関する検討—— 関西福祉科学大学紀要, 8, 107-117.

坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤 暁 (1999). 家族の死に関連して生じるストレス——「二次的ストレス」に関する探索的検討—— 家族心理学研究, 13, 77-86.

瀬藤乃理子・丸山総一郎 (2004). 子ども

との死別と遺された家族のグリーフケア 心身医学, 44, 395-405.

高橋祥友 (2006). 自殺の危険——臨床的評価と危機介入(新訂増補版)—— 金剛出版

富田拓郎・大塚明子・伊藤拓・三輪雅子・村岡理子・片山弥生・川村有美子・北村俊則・上里一郎 (2000). 幼い子どもを喪った親の悲嘆反応と対処行動の測定 カウンセリング研究, 33, 168-180.

Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. (2nd edition). Springer Publishing Company. (ウオーデン, J. W. 成沢實監訳 (1993). *グリーフカウンセリング——悲しみを癒すためのハンドブック——* 川島書店)

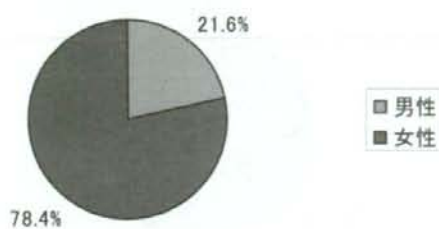


図1 回答者の性別

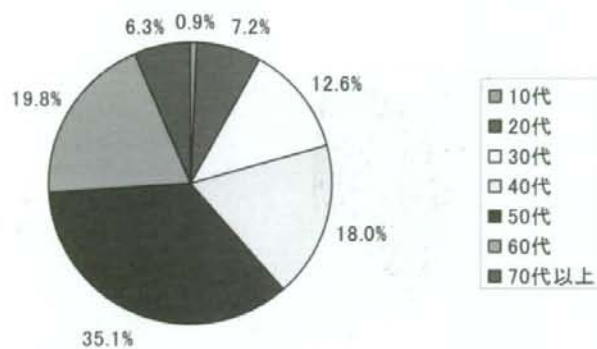


図2 回答者の年齢

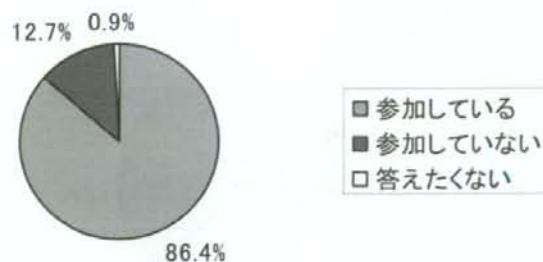


図3 遺族会への参加状況

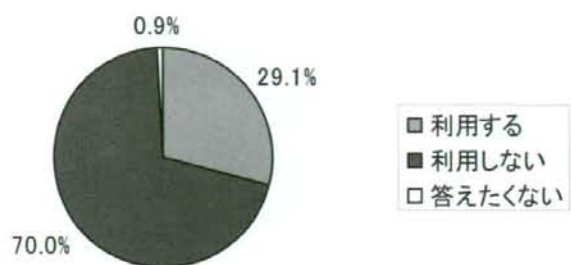


図4 インターネット上の遺族間交流や掲示板の利用状況

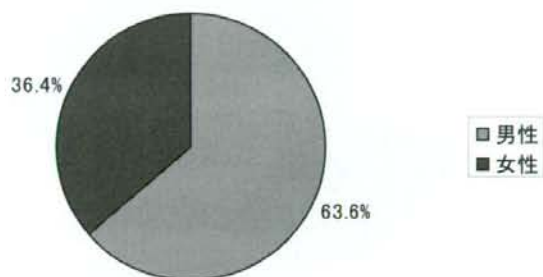


図5 故人の性別

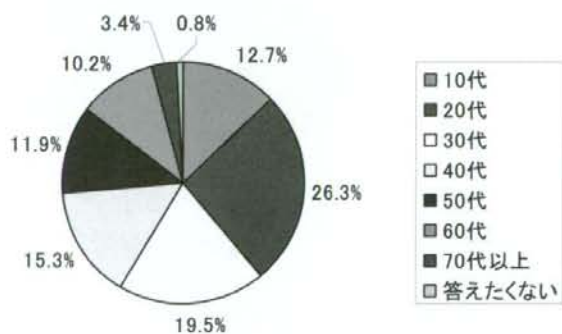
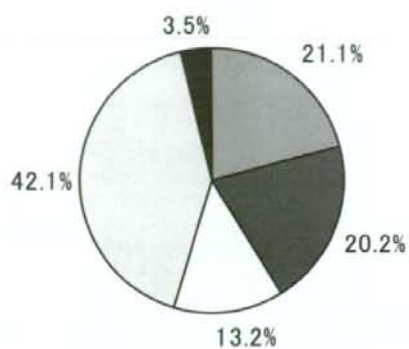


図6 故人の年齢



■ 親 ■ 配偶者 □ きょうだい □ 子ども ■ その他

図7 故人の続柄

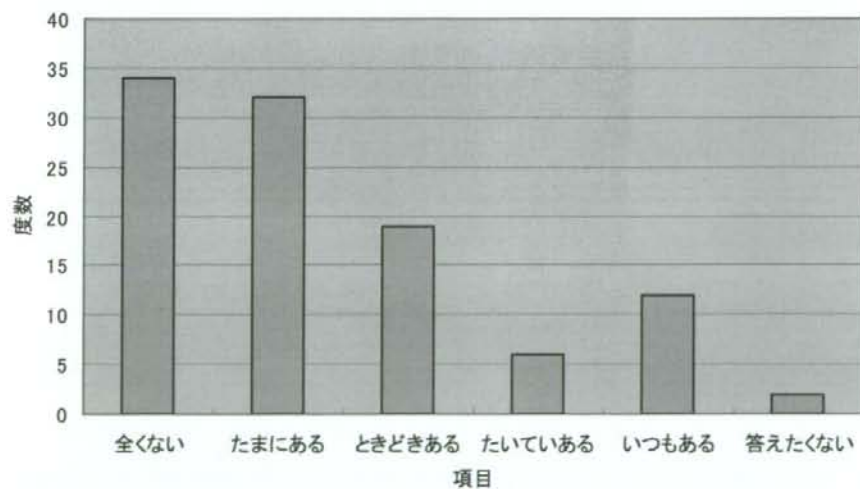


図8 故人への怒りの感情