

表 3. 事例群と対照群における睡眠障害の出現頻度の比較

	事例群	対照群	二変量解析		多変量解析*		多変量解析**	
	(N=49)	(N=145)	オッズ比 (95%信頼 区間)	p	オッズ比 (95%信頼 区間)	p	オッズ比 (95%信 頼区間)	p
睡眠障害								
あり	37(75.5)	16(11.0)	21.65(7.62-61.49)	<0.001	9.66(3.16-29.51)	<0.001	12.73(4.02-40.27)	<0.001
タイプ								
入眠困難	18(36.7)	2(1.4)	51.70(6.85-390.14)	<0.001	16.29(1.95-136.32)	0.010	31.61(2.92-342.47)	0.005
中途覚醒	15(30.6)	3(2.1)	14.67(4.20-51.25)	<0.001	7.58(1.65-34.80)	0.009	11.35(2.26-57.04)	0.003
早朝覚醒	14(28.6)	4(2.8)	10.67(3.45-32.96)	<0.001	3.45(0.81-14.60)	0.093	6.05(1.38-26.51)	0.017
熟眠不良	20(40.8)	5(3.4)	19.50(5.72-66.54)	<0.001	9.91(2.30-42.80)	0.002	13.99(3.10-63.17)	0.001
昼夜逆転	3(6.1)	2(1.4)	4.41(0.70-27.57)	0.113	5.10(0.50-51.60)	0.168	7.43(0.64-82.37)	0.102
その他	9(18.4)	5(3.4)	5.01(1.51-16.67)	0.009	14.01(1.22-160.85)	0.034	7.50(1.27-44.19)	0.026
頻度(週)								
なし	12(24.5)	129(89.0)	1.00		1.00		1.00	
1-2日	2(4.1)	5(3.4)	2.60(0.41-16.50)	0.31	1.61(0.20-13.35)	0.66	1.62(0.19-13.67)	0.66
3-6日	4(8.2)	2(1.4)	20.91(2.34-187.25)	0.007	7.73(0.46-130.15)	0.16	5.95(0.15-234.96)	0.34
毎日	25(51.0)	7(4.8)	47.12(9.54-232.78)	<0.001	15.22(2.93-79.02)	0.001	20.15(3.84-105.85)	<0.001
不明	6(12.2)	2(1.4)	-		-		-	
継続期間								
1年以上	17(34.7)	9(6.2)	11.79(3.90-35.62)	<0.001	2.98(0.77-11.52)	0.114	3.96(1.06-14.79)	0.041
気分障害あり	24(49.0)	2(1.4)	68.69(9.24-510.78)	<0.001	17.91(2.26-141.84)	0.006		
精神障害あり	32(65.3)	7(4.8)	21.14(7.43-60.17)	<0.001	12.31(3.68-41.20)	<0.001		

条件付ロジスティック回帰分析

* 睡眠障害については気分障害で調整、気分障害および精神障害については、睡眠障害で調整

** 精神障害で調整

表 4. 睡眠障害および精神障害に関係した自殺の人口寄与危険度割合 (PARP)

	PARP	相対リスク	一般住民 有病率
睡眠障害と自殺の関係	56.4%	12.7 倍	11%
精神障害と自殺の関係	35.3%	12.3 倍	4.8%

表 5. 自殺のサインとしての睡眠障害の有用性

	自殺の事 前確率	睡眠障害ありの場合の 自殺の事後確率	睡眠障害なしの場合の 自殺の事後確率
自殺リスクが最も高い人	10%	43.3%	3.0%
自殺リスクが高い人	1%	6.5%	0.3%
一般住民	0.025%	0.2%	0.01%

表 6. 性別・世代別の事例群と対照群における睡眠障害の出現頻度の比較

	事例群 (N=49)		対照群 (N=145)		二変量解析		多変量解析*	
	N	n(%)	N	n(%)	オッズ比 (95%信頼区間)	p	オッズ比 (95%信頼区間)	p
男性	41	30(73.2)	129	13(10.8)	23.07(6.95-76.60)	<0.001	15.28(4.07-57.36)	<0.001
女性	8	7(87.5)	16	3(12.0)	17.35(2.07-145.46)	0.009		
若年層	21	17(81.0)	59	6(10.2)	20.00(4.57-87.57)	<0.001	18.47(2.28-149.47)	0.006
中年層	18	12(66.7)	57	6(10.5)	29.66(3.76-233.95)	0.001	12.62(1.23-129.64)	0.033
高齢者層	10	8(80.0)	29	4(13.8)	17.08(2.06-141.97)	0.009	14.09(1.59-125.01)	0.018

条件付ロジスティック回帰分析

*精神障害で調整

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」
分担研究報告書

遺族支援のための情報提供に関する研究

研究分担者 川野 健治 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 岩上真歩子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
杉本 脩子 (全国自死遺族総合支援センター)
鈴木 菜央 ((独)国立精神・神経医療研究センター病院)

研究要旨：

【目的】本研究の目的は、心理学的剖検の持続的な実施のために、自殺の多様なモニタリングのためのデータのマネジメント、ならびに調査に協力していただく自死遺族への支援介入を行う組織として CSP 内に設置を想定している、症例登録センター（仮称）の要件を明らかにすることである。本年度は、症例登録センターが自死遺族へ提供し得る支援の内容・方法について検討した。

【方法】2000 年以降の国内外の文献を検索し、自死遺族支援において提供している情報の種類、具体的な支援方法、他機関との連携について整理した。また、民間の支援団体である全国自死遺族総合支援センターの代表と、外部の関係団体との連携の可能性について、自死遺族支援研究に取り組む国立精神・神経医療研究センター病院（以後 NCNP 病院）の看護師と NCNP 内での連携について意見交換を行った。

【結果】国内の自死遺族支援は、「つどい」が中心であり、個別カウンセリングや治療に関する論文は多くない。他方、国外の文献から確認される特徴は以下の 3 点にまとめられる。1.直接的支援メニューの多様性、(カウンセリングやサポートグループ、経済的支援以外にも、うつ、不安、複雑性悲嘆などの治療、数カ月の CBT プログラム、電話での 24 時間対応、アウトリーチ、オンラインサポートグループ、ウェブでの情報提供や経験のシェア、コミュニティプログラム、積極的（早期）介入等)、2.遺族の特徴に応じた支援の強調（若年層、きょうだい、家族単位での介入、アンチスティグマのためのキャンペーン＝コミュニティへの働きかけ等)、3.連携の重要性（支援グループリーダー間のネットワーク、支援 Web のネットワーク、専門家と非専門家の協力、GP から他のサービスへの紹介等）。

都内の自死遺族支援民間団体代表からは以下の意見が得られた。NCNP 内に症例登録センターができた場合、1.自死遺族への直接的支援は、研究対象となることが連想されることなどから難しいのではないかと。2.「つどい」への参加者の中には、さらに専門的な支援を求めている者もいる。3.研修機関（悲嘆等、CBT 等）、また民間同士の連携を促進する機会として期待したい。4.遺児支援は手つかずの分野である、5.外部評価の仕組みはともに考えてみたい。

NCNP 病院看護師からは、以下の意見が得られた。1.病院内で自死遺族対応に困ることがあるので相談したい（家族の自殺を経験している患者の存在）2.病院と研究所が連携することで多職種による直接支援が可能ではないかと、3.勉強会や事例検討会を期待したい。

【考察】国内で提供されている自死遺族支援は「つどい」に偏っており、他の直接的支援のニーズが推測されるが、これを症例登録センターが全て担うことは難しい。関連機関とのネットワークを組織して情報を収集・発信するなかで機能分化し、また、NCNP 病院との連携を検討するべきではないかと。

【結論】症例登録センターが、一定の自死遺族支援を提供することで、関係機関との連携を促進し、結果的に心理学的剖検調査の持続的な実施に資すると考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、心理学的剖検の持続的な実施において、自殺の多様な実態のモニタリングのためのデータのマネジメント、ならびに調査に協力していただく自死遺族への支援介入を担う組織として CSP 内に設置を想定している、症例登録センター（仮称）の要件を明らかにすることである。本年度は、症例登録センターが自死遺族へ提供し得る支援の内容・方法について検討した。

B. 研究方法

自死遺族支援の全体像を把握するために、2000 年以降の国内外の遺族支援の文献のうち、自死遺族への支援として提供している情報の種類、具体的な支援方法、他機関との連携について記載のある文献を整理した。データベースとして Pub-Med、PsycINFO、医中誌、CiNii を用いた。また、症例登録センターが 1. 近辺の既存の自死遺族支援組織と連携すること、2. 国立精神・神経医療研究センター病院（以後 NCNP 病院）と連携することを想定した場合の連携の可能性と限界について、全国自死遺族総合支援センターの関係者、および、自死遺族支援研究に取り組む NCNP 病院の看護師と意見交換を行った。

（倫理面への配慮）

文献検索および意見交換において、特に倫理面の配慮は不要と考えられた。

C. 研究結果

国内の自死遺族支援についての文献では、支援の内容としては「つどい」についての紹介が多かった。ここでつどいとは、自死遺族同士がみずからの経験を語りあうことのできる会のことで、実際には遺族によって運営される自助グループや、自死遺族ではない支援者が運営する支援グループなどが含まれる。

このつどいの紹介を含めた情報提供が多く自治体で行われており、メディアとしてはリーフレットや冊子などの印刷物の他に、HP が用いられている。また、このつどいと組み

合わせて、他の支援、たとえば電話相談、面接、手紙相談などである。

特に、岩手県では、自殺対策プロジェクトとして早くから総合的な取り組み（ニーズ把握とアセスメント、情報提供、各種相談や学校や職場へのコンサルテーションを含む）がなされ、また、先進的な試みとして遺族全数へのパンフレット配布の試み、救命救急センターの初療室での看護師の対応などの有効性について報告がある（赤坂他，2011）。連携先としても警察、消防、検案医、救急スタッフ、地域精神保健や多重債務に関わる関係機関などとの支援ネットワークづくりについての協議会を開き多様な可能性を探っていた。

配偶者を亡くした自死遺族が望む情報提供と支援に関しての調査研究（大倉他，2013）では、既遂自殺の際に現場や病院に駆けつける警察は、死因が確実に自殺であると判断される場合には、その場でパンフレットなどの冊子を手渡すと同時に、目の前の遺された配偶者の癒しや予想される困難の解決に繋がる声掛けを実施することが有効であると指摘していた。また、行政窓口の担当者は、遺された配偶者の背景や子の有無などを考慮し、期限のある手続きや労災申請の方法など個別の背景に応じた情報提供が必要としている。さらに、自死遺族支援の関係者が、自殺と判明した直後から支援を開始し、遺族に必要と思われる支援の見立てをし、その後も継続的に遺族を支え、同行支援や代行支援を実施することが有効な場合があるが、家庭訪問を実施する際には慎重さと共に、死因が自殺であることが近隣住民に分からないよう細心の注意を払う必要があるとしている。

一方、自死族支援に関する国外の文献からは、より多様な支援および情報提供の可能性が示された。1. 直接的支援メニューの多様性：カウンセリングやサポートグループ、経済的支援以外にも、うつ、不安、複雑性悲嘆などの治療、数カ月の CBT プログラム、電話での 24 時間対応、アウトリーチ、オンラインサポートグループ、ウェブでの情報提供や経

験のシェア、コミュニティプログラム、積極的（早期）介入等についての報告がなされている。特に、多様なインターネット空間での取り組みは注目される。2.遺族の特徴に応じた支援の強調：若年層、きょうだい、家族単位での介入、コミュニティへの働きかけ（アンチスティグマ）等、自死遺族支援の対象をくくりこみせず、ニーズを整理していくことの重要性が示唆される。3. 連携の重要性：支援グループリーダー間のネットワーク、支援 Web のネットワーク、専門家と非専門家の協力、GP から他のサービスへの紹介等の連携事例が紹介されていた。また、複数のサービス間の調整が重要であることも指摘されていた（Dyregrov, 2002）。

では、これらの支援のうち、症例登録センターが担える／担うべきはどのようなものであるか。都内の自死遺族支援民間団体代表からは以下の意見が得られた。1.NCNP のような研究機関で自死遺族への直接的支援に取り組むことは、研究対象となることが連想されることなどから難しいのではないかと。2.既存の「つどい」を運営している経験からは、参加者の中には、より専門的なカウンセリングや医療的な支援を求めている自死遺族もいるという実感がある。3.NCNP と距離的にアクセスが容易な NPO としては、悲嘆や CBT についての理論、実践等の研修機会の提供、あるいは民間団体が連携する機会が提供されることを期待する。現場の人たちを支えていくことを通じて、遺族支援に貢献してほしい。4.自死遺族支援の中では、まだ遺児支援は手つかずの分野である。（症例登録センターが）リーダーシップをとることはできないか。5.（提案された）奨励登録センターへの外部評価については、協力の仕方を考えたい。

また、NCNP 病院看護師からは、以下の意見が得られた。1.病院内で自死遺族対応に困ることがある。たとえば、家族の自殺を経験している患者がいる。そのような事例について症例登録センター（あるいは自殺予防総合対策センター）の研究者と病院看護師が意見

交換できる場となることを期待したい。2.病院からすると、勉強会や事例検討会の機会を提供してもらえることは有意義ではないか。3.病院と研究所が連携することができれば、医師、看護師、心理、ワーカー、あるいは現場と研究職というように多職種による関わりが可能であるから、自死遺族に対してより厚い直接支援が可能ではないだろうか。

D. 考察

2007 年に自殺総合対策大綱が閣議決定されて以降、日本の自死遺族支援においても様々な試みがなされてきた。中心に行われているのは自助グループや支援グループによって提供されている「つどい」であるが、関連しての情報提供や他機関との連携の事例も生まれている。今後は国外で実施されているような多様な支援メニュー、たとえば早期介入、Web 上でのサービス、あるいはまた迅速なコンタクト（早期介入、アウトリーチの可能性を含む）が工夫されると同時に、それらについての情報がよく協調された形式で、提供されることが必要であると考えられる。

そのような中で、症例登録センターが担うべき役割とは何か。首都圏には既存の自死遺族支援活動があるため、ここに屋上屋を重ねるがごとく、新たに直接支援を提供する組織となることについては、さらに慎重に検討する必要があるだろう。たとえば、つどいについては、既存の組織と連携するほうが効率的であると考えられよう。ただし、様々な専門職種の協力が得られることから、NCNP 全体として専門的な直接支援を提供することは検討の価値がある。加えて、情報の収集、発信、研修やネットワークのハブとしての機能は、既存の組織では担いにくい部分であり、またこのような活動を通して連携を深めることが、自死遺族への直接支援について、既存の機関と連携する土台となると考えられる。

E. 結論

症例登録センターが、一定の自死遺族支援

を提供することで、関係機関との連携を促進し、結果的に心理学的剖検調査の持続的実施に資すると考えられた。また、症例登録センターへの外部評価は、心理学的剖検の事業的側面についてのプログラム・プロセスモニタリング(Rossi et al., 2004)とみることもできる。活動全体の改善につながる可能性があるため、今後、仕組みを検討していきたい。なお、症例登録センターという名称は、心理学的剖検の事例収集の部分に焦点をあてたものであるが、今後、提供すべき自死遺族支援のメニューを固める中で、名称を検討していき、対外的にもその役割が伝わりやすい形式を整えていく必要があるだろう。

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(予定を含む。)

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

- 1) 赤坂博他. 自死遺族支援. 心の科学 155 : 70-74, 2011.
- 2) Dyregrov K. Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Stud.* 2002 Oct;26(8):647-68.
- 3) 大倉高志他. 配偶者を亡くした自死遺族が望む情報提供と支援—地域における支援実践への寄与. *評論社会科学* 104:51-87, 2013.
- 4) Rossi P.H., Lipsey M. W., Freeman H. E. *Evaluation: A Systematic Approach.* 2004 Thousand Oaks: SAGE Publications,.

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」
分担研究報告書

遺族支援に資する介入法開発に関する研究

研究分担者 藤森麻衣子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 岩上真歩子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】遺族ケアを目的とした冊子を作成し、有効性を評価することを目的とする。

【方法】対象は、職業的に遺族と接する機会の多い東京都監察医務院の補佐であり、グループインタビューを行った。インタビュー内容は、「遺族ケアを目的とした冊子の内容」と「遺族ケアとして求められること」についてであり、参加者に対して自由に発言するよう求めた。インタビュー中の発言は文字で記録され、内容の類似性により分類された。

【結果】参加者は、東京都監察医務院補佐として 10 年以上勤務している男性 10 名であった。インタビューは 2 回行われ、1 回目参加者 7 名 60 分間、2 回目参加者 3 名 45 分間行われた。内容を分析した結果、冊子の内容として、「その目的を明確にすること」、「サポート提供場所の連絡先」、「各種手続き」、「活用できる支援に関する情報」を掲載することが有益であることが挙げられた。また、遺族ケアとして求められることとしては、「相談連絡先の一元化」、「いつでも話ができて、問題を明らかにして、必要に応じて情報や専門家を紹介してくれる相談窓口」が挙げられた。

【考察】本調査結果から、自死遺族に接する機会の多い専門家の意見を聴取し、遺族ケアを目的とした冊子に含むべき内容が、その目的、行う必要のある手続きの情報について、必要に応じて求められる手続きの情報について、生じるかもしれない心身の変化と対処法とその支援に関する情報についてであることが示唆された。また遺族ケアとして、一元化された相談窓口の設置が求められていることが示唆された。

【結論】本調査により、遺族ケアを目的とした冊子に含むべき内容が示唆され、遺族ケア冊子が作成された。今後、自死遺族の評価から有効性を評価する必要がある。

A. 研究目的

わが国では、年間 3 万人程度の自殺者数が続いており、わが国には 300 万人の遺族が生活し、年間 130-150 万人が新たに遺族になっていると推定されている。

また、配偶者との死別は高齢者の抑うつ最大の危険因子であり、遺族は、生活の混乱、心身の不調、対人関係の困難など様々な問題を抱えている。一方で、援助希求を示しにくいことも示唆されている。

そこで本研究では、東京都監察医務院での遺族支援を目指した冊子を作成し、有効性を評価することを目的とする。

B. 研究方法

対象は、職業的に遺族と接する機会の多い東京都監察医務院の補佐であり、グループインタビューを行った。インタビュー内容は、「遺族支援を目的とした冊子の内容」と「遺族支援として求められること」についてであり、参加者に対して自由に発言するよう求めた。インタビュー中の発言は文字で記録され、内容の類似性により分類された。

(倫理面への配慮)

インタビューに先立ち、対象者に対して本インタビューの目的、方法を口頭にて説明し、参加の意思を確認した。

C. 研究結果

参加者は、東京都監察医務院補佐として10年以上勤務している男性10名であった。インタビューは2回行われ、1回目参加者7名60分間、2回目参加者3名45分間行われた。

内容を分析した結果、冊子の内容として、「その目的を明確にすること」、「サポート提供場所の連絡先」、「各種手続き」、「活用できる支援に関する情報」を掲載することが有益であることが挙げられた。また、遺族ケアとして求められることとしては、「相談連絡先の一元化」、「いつでも話ができて、問題を明らかにして、必要に応じて情報や専門家を紹介してくれる相談窓口」が挙げられた。

D. 考察

本調査結果から、自死遺族に接する機会の多い専門家の意見を聴取し、遺族支援を目的とした冊子に含むべき内容が、その目的、行う必要のある手続きの情報について、必要に応じて求められる手続きの情報について、生じるかもしれない心身の変化と対処法とその支援に関する情報についてであることが示唆された。また遺族ケアとして、一元化された相談窓口の設置が求められていることが示唆された。これらの結果に基づき、遺族支援を目的とした冊子が作成された。

しかしながら、本調査は遺族の意見は反映されていないため、今後、遺族による有用性の評価が必要である。

E. 結論

本調査により、遺族ケアを目的とした冊子に含むべき内容が示唆され、遺族ケア冊子が作成された。今後、自死遺族の評価から有効性を評価する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) M. Fujimori, Y. Shirai, M. Asai, N. Katsumata, K.

Kubota, Y. Uchitomi, 2013, Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. Palliative & Supportive Care, In Press.

2) WR. Tang, KY. Chen, SH. Hsu, YY. Juang, SC. Chiu, SC. Hsiao, M. Fujimori, CK. Fang, 2013, Effectiveness of Japanese SHARE model in improving Taiwanese healthcare personnel's preference for cancer truth telling. Psychooncology, In Press..

3) K. Kondo, M. Fujimori, Y. Shirai, Y. Yamada, A. Ogawa, N. Hizawa, Y. Uchitomi, 2013, Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Education & Counseling. 93: 350-353.

4) K. Nixima, M. Fujimori, K. Okanoya, 2013, An ERP study of autistic traits and emotional recognition in non-clinical adolescence. Psychology. 4: 515-9.

5) M. Asai, N. Akizuki, M. Fujimori, Y. Matsui, K. Itoh, M. Ikeda, R. Hayashi, T. Kinoshita, A. Ohtsu, K. Nagai, H. Kinoshita, Y. Uchitomi, 2013, Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology. 22:995-1001.

2. 学会発表 なし

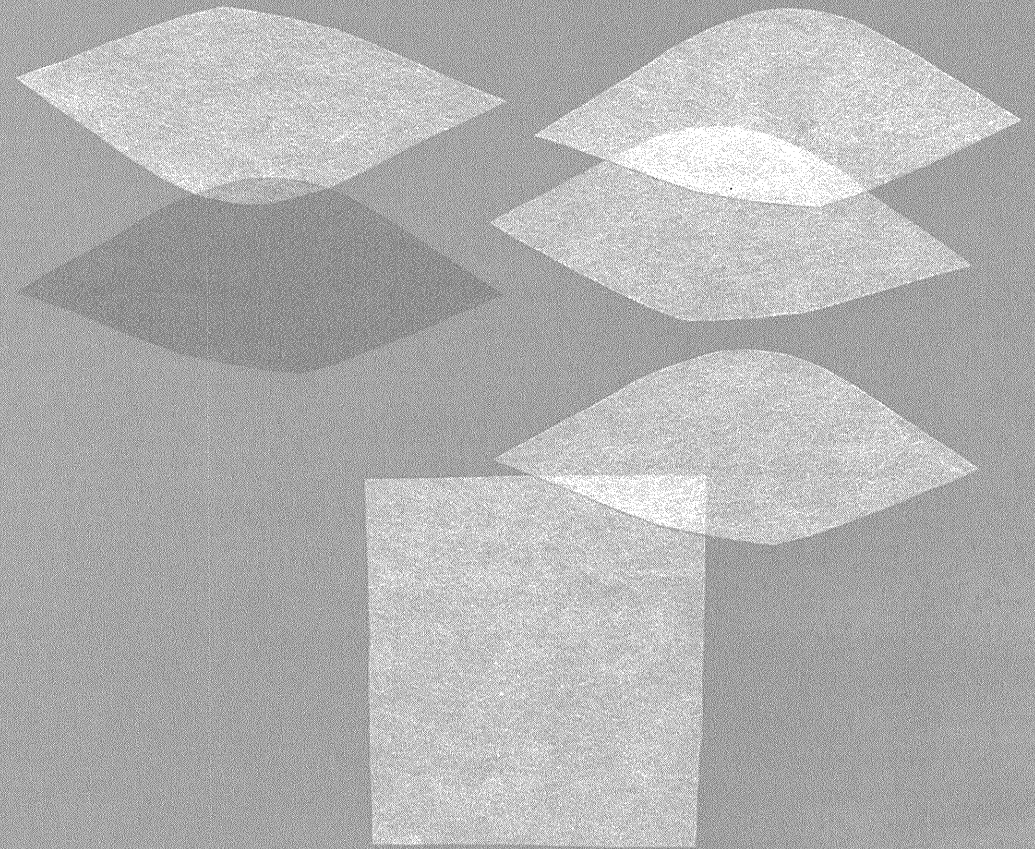
H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

大切な人を自死で亡くされた方へ

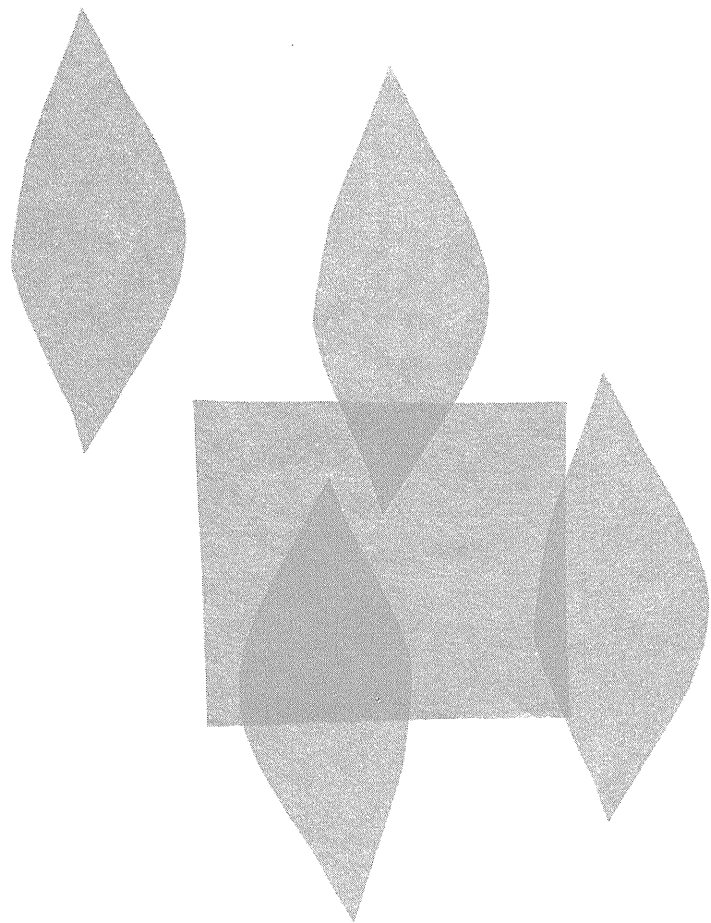


(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
ホームページ <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

このパンフレットは、平成25年度厚生労働科学研究補助金（障害者特別総合研究事業）「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」の補助を受けて作成されました。

2014.03発行



はじめに

大切な方を亡くしたとき、その悲しみはとても大きなものであり、一人で抱えきれないこともあります。

このパンフレットには、はじめに、大切な方を自死で亡くされた方が、まず行わなければならないことを記載しています。

次に、今後生じるかもしれないところと体の変化、また、そのような変化にどのように対処することができるのかについて記載しています。

目を通していただきましたら、お手元に置いて、必要な場合の手引きにいただければと思います。

大切な手続きチェックリスト

市町村役場で行う手続き

手続き	期限	必要書類等
死亡届 死体火葬許可申請	7日以内	死体検案書、印鑑
死体火葬許可申請書	7日以内	死亡届と同時にを行う
世帯主変更届	14日以内	本人確認書類、国民健康保険証、介護保険証、後期高齢保険証等、印鑑

健康保険・年金関係(市町村役場、年金事務所)の手続き

手続き	期限	必要書類等
年金受給停止	10日以内	年金受給権者死亡届、年金証書または、除籍謄本
国民健康保険資格喪失届	14日以内	国民健康保険証
介護保険の資格喪失届	14日以内	介護保険証
国民健康保険加入者の葬祭料の請求	2年以内	葬祭費支給申請書、国民健康保険証、葬儀社の領収書など、印鑑、受取人の振込先口座通帳
高額医療費(社会保険)	2年以内	高度医療費支給申請書、高度医療費払い戻しのお知らせ案内書、健康保険証、医療費の領収書など、印鑑、受取人の振込先通帳または口座番号
遺族年金等 (国民健康保険)	2年以内	国民年金遺族基礎年金裁定請求書、故人の年金手帳、戸籍謄本、死亡診断書のコピー、源泉徴収票、印鑑、振込先口座通帳または口座番号

税金関係(税務署)の手続き

手続き	期限	必要書類等
所得税の準確定申告	4か月	亡くなった年の1月1日から死亡日までの所得の申告書、生命保険料の領収書、相続人の印鑑、医療費支出を証明する領収書類
相続税の申告	10か月	申告書、被相続人(=故人)の戸籍謄本、除籍謄本・住民票・住民除票、相続人全員の戸籍謄本、印鑑証明書

保険関係(各保険会社)の手続き

手続き	期限	必要書類等
生命保険	2または3年	死亡保険金請求書、保険証券、最後の保険料領収書、保険金受取人と被保険者(故人)の戸籍謄本、死亡診断書、受取人の印鑑証明書
入院保険金	*	
簡易保険	*	
火災保険	*	
自動車保険	*	

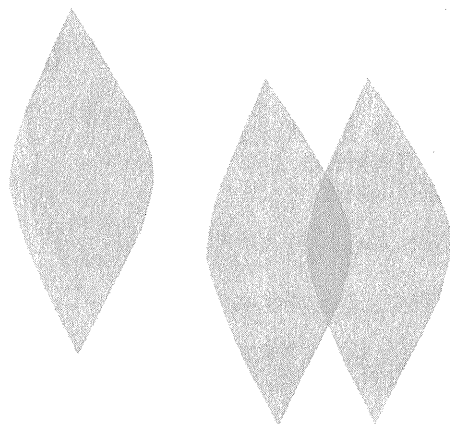
*個別にお問い合わせください。

その他の手続きと届け先

手続き	期限	届け先
勤務先、学校等への連絡	*	勤務先、学校
賃貸住宅・借地権・借家権	*	家主
公共料金(電気・ガス・水道)の契約変更	*	各契約会社
クレジットカードの解約	*	各カード会社
携帯電話の解約	*	各電話会社
取引銀行・郵便局への連絡	*	各金融機関
自動車運転免許証の返還	*	警察署

*個別にお問い合わせください。

上記以外にも必要な手続きがあるかもしれません。手続きの詳細は、市町村役場等で聞くことができます。手続きを進めることが難しい場合には、周囲の信頼できる人に相談してみることも大切です。



今後生じるかもしれないところと体の変化

大切な人を失うと、さまざまなところと体の変化を経験することがあります。その内容や順序、強さは、一人ひとり違います。

こころの変化

- ・ショック：よく覚えていない。頭の中が真っ白に
- ・悲しみ：信じられない、さびしい、悲しいと感じる
- ・後悔と罪悪感：あの時気づいていれば、私のせいだと感じる
- ・羞恥：〇〇が自殺したなんて、誰にも言えないと感じる
- ・怒り：〇〇が自殺したのは□□のせいだと感じる
- ・不安：どうしたらいいのかわからない、
私も死んでしまうかもしれないと感じる
- ・混乱：考えがまとまらない。急に思い出す
- ・とまどい：悲しいはずなのに、ほっとした気持ちがある

体の変化

- ・よく眠れない
- ・朝、起きるのがおっくうだ
- ・食事をしたいと思わない
- ・体に力が入らない
- ・胃腸の調子がわるい
- ・息苦しくなることがある

こころと体の変化に気づいたら、
次のようなことを心掛けてみてください

時間をかける

話を聞いてくれる人と一緒にいる時間や、ひとりで悲しむ時間を大切にしてください。あなた自身がこの経験を理解するためには時間が必要です。

休養をとる

以前よりゆっくと睡眠をとり、時には昼寝もいいでしょう。

リラックスの工夫

入浴や軽い散歩、自然の中で過ごすことなど、自分に合った方法を考えてみてください。

生活を整える

毎日の生活のペースを安定させ、ストレスを減らし、自分のために時間を作ってください。解決すべき問題があれば、周囲や専門家の援助を求めてください。

次のような専門的な支援もあります

気持ちを話したい

自死遺族相談、自死遺族支援グループでは、他の自死遺族の方の話の聞いたり、ありのままの気持ちを話すことができます。各自治体や民間団体により運営されており、自死遺族だけで行われているものと専門家やその他の方が手伝っているものがあります。

⇒ 都道府県・政令指定都市にある精神保健福祉センターから自死遺族相談、自死遺族支援グループを紹介

こころと体の不調が続く

大切な人を亡くしたことで経験する、こころと体のつらさを、医療によって和らげるための専門的な相談や医療があります。

⇒ 精神保健福祉センターや保健所から医療機関を紹介

法律の助けがほしい

借金、相続、賃貸、損害賠償請求、生命保険、労災、医療過誤、裁判等に関して必要な情報がわかります。

なお、自死に関連した法的取り組みを行うグループもあります。

⇒ 法テラス サポートダイヤル ☎ 0570-078374

市町村の法律相談窓口

都道府県の消費生活センター(多重債務、消費者トラブルなど)

司法書士(不動産登記の名義人変更などの登記手続き)

自死遺族支援弁護士

ホットライン ☎ 050-3786-1980(水曜日12-15時)

過労死110番ネットワーク ☎ 03-3813-6999

日頃の生活の困りごと

亡くなった後の手続きや、公的貸付についての情報がわかります。

⇒ 自治体窓口(日常生活支援、ひとり親家庭支援等、名称は異なります)
社会福祉協議会
各福祉事務所(生活保護申請)

進学資金など子どもへの支援についての情報がわかります。

⇒ あしなが育英会 ☎ 03-3221-0888

日本学生支援機構

申し込み問い合わせ：在学する学校の奨学金担当係

返還に関する問い合わせ ☎ 0570-666-301

教育委員会(就学援助・奨学金制度など)

児童相談所(子育てについて)

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」
分担研究報告書

自殺既遂者の検案等に基づく自殺予防研究

研究分担者 福永 龍繁（東京都監察医務院）
研究協力者 鈴木 秀人（東京都監察医務院）
引地和歌子（東京都監察医務院）
谷藤 隆信（東京都監察医務院）
柴田 幹良（東京都監察医務院）
阿部 伸幸（東京都監察医務院）

研究要旨：

【目的】東京都監察医務院が扱った東京 23 区内の自殺例について、方法の項に示す 4 項目について調査を行うことにより、自殺既遂者の実態を解明し、自殺予防に繋げることを目的とする。

【方法】1. 通常業務である検案・解剖を通じ、1996～2010 年に発生した医師の自殺を詳細に解析した。2. 自殺予防総合対策センター（CSP）と連携し、遺族向けパンフレットの作成、事例の検討を行った。3. 2011～13 年の非剖検自殺事例 50 例の血液中アルコール・薬物濃度を分析した。4. 2009 年の自殺例から 65 歳以上の事例を抽出し、検案書類をテキストマイニングで分析した。

【結果および考察】医師の自殺には医療器具や薬物の利用頻度が高く、精神科医のリスクが高かった。精神疾患の早期発見およびその対策の必要性と同時に、医療器具・薬品の管理の厳重化および各自のモラルの向上が提唱された。CSP との協力により、多くの事例を多方面から解析することができた。また、非剖検事例の薬毒物およびアルコール濃度の測定によって、生前の精神医療において受診・内服を確認するなど、本人・家族・医療・専門機関の連携が重要であることが示唆された。

【結論】東監医と CSP の協力によって、自殺背景の多面的、詳細な解析が可能となった。さらに、遺族へのパンフレットは、心理学的剖検の事例増加に寄与するものであり、その困難な例においても、アルコール・薬毒物の解析、文書のテキストマイニングによって、多くの事例のより詳細な解析を積み重ねていくことが肝要である。

A. 研究目的

日本の年間自殺件数は 1998 年から 3 万人を超える水準で推移しており、2012 年に 15 年ぶりに 3 万人を下回ったものの、依然大きな社会問題となっている。東京 23 区内においても 1998 年に 2,000 件を超えた後、横ばいの状態が続いている。このような現状の中、効果的な自殺予防対策を実施するためには自殺既遂者の詳細な実態調査が必要である。

東京都監察医務院（以下、東監医）は、東京 23 区内で発生した異状死の死因を究明する機関である。このため、区部で発生した全

ての自殺例は、東監医の検案と行政解剖により死因が決定される。自殺既遂者の実態を解明することを目的として、今年度は以下に挙げる項目について調査を行った。

1. 通常業務におけるデータの累積
2. 自殺予防総合対策センター（CSP）との連携
3. アルコール・薬毒物の自殺への影響
4. テキストマイニングによる文章分析

B. 研究方法

1. 通常業務におけるデータの累積

東京都監察医務院で取り扱った自殺事例の「死体検案調書」、各事例の警察情報を記した「死体検案通報書」および「調査票」に記載された調査項目を基にしたデータの累積による、実態把握を継続して行っている。今回は累積されたデータを基に、1996年から2010年における東京23区内の医師の自殺について後ろ向き研究を行った。

2. 自殺予防総合対策センター（CSP）との連携

2013年9月より、月1回の頻度で自殺予防総合対策センター（CSP）と会議を開き、自殺者の遺族向けのパンフレットの改訂や、背景要因が複雑な事例の検討を行い、情報の共有に努めている。

3. 非剖検自殺事例のアルコール・薬毒物濃度の測定

2011年から2014年にかけての非剖検自殺例から、非解剖自殺70事例（男47、女23）について、検案時に心臓血を採取し、アルコール・薬毒物濃度を測定した。また、生活状況、健康状態、医療機関・精神科受診歴の有無、飲酒・薬毒物摂取状況等について、詳細な聴取を行った。この聴取内容はアルコールおよび薬毒物の分析結果と照合し、自殺者の服薬状況を推測した。

4. 検案書類のテキストマイニングによる高齢者の自殺背景の分析

高齢者の自殺背景の概形を描出することを目的として、東京都監察医務院に保管される死亡者の生活歴が記載された検案書類（死体検案通報書および死体検案調書）を分析した。分析対象は2009年の自殺例（2003件）から、無作為に抽出した死亡時65歳以上の事例100件（男65、女35）である。平均年齢は75歳であった。データベース化されない検案書類の分析には文章分析の技術であるテキストマイニングを用いた。なお、分析にあたってはTextMiningStudio4.0を用いた。

（倫理面への配慮）

研究の倫理面については、「疫学研究に関する倫理指針」を遵守し、東京都監察医務院倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 通常業務におけるデータの累積

1996年から2010年における東京23区内の医師の自殺事例数は87例であった。検討の結果、生前の精神疾患や職業上の問題と自殺との関連性が示唆された。精神科医は他の分野を専門とする医師よりも自殺のリスクが高い傾向が見られた（表1）。さらに特徴として、19例において自殺の過程で医療用薬品や器具を用いていたことが挙げられ、特に麻酔科医は5例中4例において麻酔科領域で頻繁に用いられる薬物を自殺の手段として選択していた（表2）。

2. 自殺予防総合対策センター（CSP）との連携

自殺者の遺族向けのパンフレットは近日中に改訂予定である。また、会議にて背景要因が複雑な事例の検討を行うことで、異なった角度からの切り口を学んでおり、今後の実務および研究に有意義なものとなった。

3. 非剖検自殺事例のアルコールおよび薬毒物濃度の測定

対象事例の自殺手段は縊死57例、飛び込み2例、飛び降り6例、急性一酸化炭素中毒2例、焼死2例、急性硫化水素中毒1例であった。アルコールが検出された事例は70例中20例であり、うち6例は死亡時中等度以上の酩酊状態であった。生前の医療機関の受診状況は、1)精神科受診歴が確認された事例32例、2)精神科以外の科を定期受診していた事例21例、3)医療機関を定期受診した形跡が認められない事例17例の3群に分類できた。また、精神科を受診したものの、病名がつかずに放置されていた事例が1例あった。しかしながら処方薬を含めた薬物が血液中から検出されたのは70例中11例で、いずれも濃度は治療域もしくはそれ未満と定量された。

4. 検案書類のテキストマイニングによる高齢者の自殺背景の分析

検案書類のテキストマイニングより、高齢者の自殺背景として2つの特徴が見出された。一つは、「遺書・うつ病・希死念慮・精神科・診療行為」という精神医学的問題を示唆する

言葉が頻出したこと。もう一つは、心身の様々な病気や病苦を示す言葉が頻出したことである。そして、病歴を集計した結果、うつ病、がんとともに、腰痛症、座骨神経痛、リウマチなど疼痛を伴う疾患が高齢自殺者に特徴的な疾患として検出された。

D. 考察

東監医の症例について、自殺予防総合対策センター（CSP）との詳細な事例検討を行うことは、自殺一例一例の詳細な事実確認に加え、法医学、警察、精神医学、心理学など多方面からの分析によって、自殺背景がより明確になり、心理学的剖検を行うことのできな症例についても、深く探求することが可能となった。

医師の自殺の予防においては、精神疾患の早期発見およびその対策の必要性と同時に、医療器具・薬品の管理の厳重化および各自のモラルの向上が提唱された。

また、非剖検自殺事例のアルコールおよび薬毒物濃度の分析により、自殺既遂に到るまでの過程における、自殺予防のための重要な確認事項が明らかになりつつある。1) 適切な医療機関を受診し、正式な診断名を仰ぐこと、2) 診断名に応じて、専門家の対応が可能な科への受診を勧めること、3) 受診すれば良い、ではなく、受診・内服状況の確認を行い、自己中断に早く気付くことが挙げられる。これらの実践のためには、本人、家族、医療・専門機関等の連携が重要である。

一方、テキストマイニングにより高齢者の自殺背景の概形を描出した結果からは、高齢自殺者では心身の病気や病苦を示す言葉が頻出し、自殺の背景には健康問題が大きく影響した可能性が示唆された。また、高齢自殺者の特徴的な病歴として、疼痛を伴う疾患がうつ病やがんとともに検出されたことから、自殺の背景にある健康問題には疼痛を伴う疾患の影響が考えられ、今後の詳細な分析が必要である。

E. 結論

東監医とCSPの協力によって、自殺背景の多面的、詳細な解析が可能となった。さらに、遺族へのパンフレットは、心理学的剖検の事例増加に寄与するものであり、その困難な例においても、アルコール・薬毒物の解析、文書のテキストマイニングによって、多くの事例のより詳細な解析を積み重ねていくことが肝要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Suzuki H, Tanifuji T, Abe N, Fukunaga T. Causes of death in forensic autopsy cases of malnourished persons. *Leg Med (Tokyo)*. 2013 Jan; 15(1): 7-11.
- 2) Suzuki H, Hikiji W, Tanifuji T, Abe N, Fukunaga T. Medicolegal death of homeless persons in Tokyo Metropolis over 12 years (1999-2010). *Leg Med (Tokyo)*. 2013 May; 15(3): 126-33.
- 3) Suzuki H, Hikiji W, Shigeta A, Fukunaga T. An autopsy case of a homeless person with unilateral lower extremity edema. *Leg Med (Tokyo)*. 2013 Jul; 15(4): 209-12.
- 4) Suzuki H, Shigeta A, Fukunaga T. Accidental death of elderly persons under the influence of chlorpheniramine. *Leg Med (Tokyo)*. 2013 Sep; 15(5): 253-5.
- 5) Hikiji W, Yamaguchi K, Saka K, Hayashida M, Ohno Y, Fukunaga T. Acute fatal poisoning with Tolfenpyrad. *J Forensic Leg Med*. 2013 Nov; 20(8): 962-4.
- 6) Hikiji W, Fukunaga T. Suicide of physicians in the special wards of Tokyo Metropolitan area. *J Forensic Legal Med*. 2014; 22C: 37-40.

2. 学会発表

- 1) 谷藤隆信, 阿部伸幸, 鈴木秀人, 柴田幹良, 引地和歌子, 則武香菜子, 福永龍繁. 相関ルールを応用した自殺原因の探索

(P54). 第 97 次日本法医学会学術全国集会. 2013.6.27, 札幌. 要旨: 日法医誌 2013 May; 67(1): 92.

- 2) 引地和歌子, 鈴木秀人、柴田幹良、谷藤隆信、阿部信幸、福永龍繁. 東京都 23 区における自殺と物質乱用について. 第 33 回日本社会精神医学会. 2014.3.21, 東京.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表 1. 診療科別自殺者数とその割合

	15年間中の全 体医師数に占 める専門分野 の医師の割合	本研究におけ る自殺者数	%
内科医	37.15 - 40.65 %	21	24.14
皮膚科医	2.95 - 3.06 %	4	4.60
小児科医	5.58 - 5.98 %	6	6.90
精神科医	4.64 - 5.06 %	16	18.39
外科医	9.54 - 12.03 %	2	2.30
整形外科医	7.09 - 7.44 %	1	1.15
形成外科医	0.57 - 0.78 %	1	1.15
眼科医	4.56 - 4.99 %	1	1.15
耳鼻咽喉科医	3.22 - 3.84 %	3	3.45
産婦人科医	4.40 - 5.39 %	2	2.30
放射線科医	1.82 - 2.00 %	2	2.30
麻酔科医	2.19 - 2.75 %	5	5.75
不明	0.47 - 0.77 %	13	16.09
その他	7.32 - 13.96 %	10	11.49

表 2. 診療科別, 手段別自殺者数

専門分野/自殺手段	内科医	皮膚科医	小児科医	精神科医	外科医	整形外科医	形成外科医	眼科医	耳鼻咽喉科医	産婦人科医	放射線科医	麻酔科医	不明	その他	合計
総額	14	2	4	12			1	1	1	2	1	1	6	4	49
薬毒物	3	1		3								4	1	2	14
飛込	1												1	1	3
飛降	1		2		2				1				3	3	12
溺水	1														1
ガス	1	1													2
その他				1		1			1		1		2		6
合計	21	4	6	16	2	1	1	1	3	2	2	5	13	10	87

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」
分担研究報告書

児童青年期の自殺未遂事例の分析

研究分担者 齊藤 卓弥（日本医科大学 精神医学教室）
研究協力者 成重竜一郎（日本医科大学 精神医学教室）
川島 義高（日本医科大学 精神医学教室）
大高 靖史（日本医科大学 精神医学教室）
角間 辰之（久留米大学バイオ統計センター）

研究要旨：

【目的】本研究班における初年度の研究として、若年者の自殺行動の特徴に関する 2013 年までの我々の研究成果を概括し、今後の課題について整理を行う。

【方法】2010 年 3 月 1 日～2012 年 9 月 30 日の 2 年 7 か月間において、日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院となった自殺未遂症例 229 例について、診療録等から、自殺企図手段、精神科通院歴、自殺企図に影響したと考えられる要因、DSM-IV-TR に基づく精神科診断等を調査し、30 歳未満の若年群と 30 歳～59 歳の中高年群との間で統計的検討を行った。

【結果および考察】研究結果から若年者の自殺行動の特徴として、①統合失調症とパーソナリティ障害の影響が大きくうつ病の影響が小さい、②男女問題が影響しやすい、③家庭問題は他年代に比べて影響しにくい、という 3 点が明らかになった。一方、性差、10 代と 20 代の差等についてさらなる調査研究が必要であると考えられた。

【結論】次年度以降の研究においてはさらに症例数を増やし、性差、10 代と 20 代の差等について分析を進めていく予定である。また、今後は重篤な自殺企図例と既遂例の比較のため心理学的剖検のメタ解析を行い、存在するエビデンスとの比較検討を行っていく。

A. 研究目的

日本医科大学精神医学教室においては、日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院となった自殺未遂者全例に対して、精神医学的評価を行った上で自殺再企図防止のための介入を行っている。本分担研究においてはこうした自殺未遂者への介入において得られたデータから 30 歳未満の若年者における自殺行動の特徴を明らかにすることを目的とした。我々は平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」の分担研究「若年者の自殺の実態と自殺予防に関する研究」においても、30 歳～59 歳の中高年群との比較として 30 歳未満の若年自殺未遂者の特徴について報告した。

本研究班における初年度の研究として、若年者の自殺行動の特徴に関する昨年までの我々の研究成果を概括し、今後の課題について整理を行う。

B. 研究方法

2010 年 3 月 1 日～2012 年 9 月 30 日の 2 年 7 か月間において、三次救急医療機関である日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院となった症例の中から、コロンビア分類における「自殺企図 (suicide attempt)」に分類され、かつ未遂となった症例を調査対象とした。

調査対象症例については、診療録等から、自殺企図手段、精神科通院歴、自殺企図に影響したと考えられる要因、DSM-IV-TR に基づく精神科診断等を調査し、統計的検討を行っ