

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

外因死の背景要因とその遺族への心のケアに関する研究」

分担研究報告書

監察医務機関のある地域における外因死要因および遺族支援ニーズの究明

研究分担者 松本 俊彦 ((国研)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 菊池 美名子 ((国研)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

小高 真美 ((国研)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

高井 美智子 ((国研)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】

日本の女性の自殺死亡率は国際的に見て極めて高い状態が続いているが、日本では女性の自殺の背景・特徴を明らかにするための研究は十分に行われていない。日本の女性の自殺実態とその精神保健的・社会的背景・特徴を解明し、予防介入のポイントを明らかにすること、またそれに適した調査方法及び調査項目を同定することは喫緊の課題である。そこで本研究では、女性の自殺について明らかにする上での従来の「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の研究デザイン及び調査票の問題点について整理し、調査票改訂の基礎資料とすることを目的とした。

【方法】

女性の自殺事例について分析が試みられた平成 26 年度及び平成 27 年度の基礎調査の報告書及び調査方法・調査項目について、学際的視点を導入しつつ検討を行った。多分野にまたがる女性の自殺に関する文献的検討と識者からの情報収集も合わせて行い、既存の調査項目では抽出し得ない女性の自殺の精神保健的・社会的背景要因・特徴について論点の整理を行なった。また、平成 26 年 6 月より東京都監察医務院との連携により収集された東京 23 区における女性自殺既遂事例 15 例から、女性の自殺について、特徴的な経緯を呈していると考えられた事例を 4 つ提示し、検討した。

【結果および考察】

調査方法・項目の検討により、1) 評価できていない診断疾患の追加、2) 家庭内の問題の分節化、3) 幼少期の逆境体験及びトラウマ体験に関するデータ収集、4) 女性のライフイベントに伴うリスクの評価、という課題が明らかにされた。追加が検討されるべき調査項目は、中高年男性以外に焦点をあてた診断疾患に関する項目、自殺者とアルコール関連問題を抱えていた家族との関係性や、そのアルコール問題に付随する他の問題（DV や虐待、離別など）との関係性に関する項目、自殺者の人間関係や家族関係を評価する項目、ACEs やトラウマ体験の関連項目、女性のライフイベントに関連した孤独感などに関する項目である。また、それらの情報を収集するための調査対象の見直しや、定性的情報を分析するための研究デザインの改変の必要がある。

【結論】

本研究では、日本における女性の自殺死亡率が高いことをふまえ、女性の自殺について明らかにする上での従来の基礎調査の研究デザイン及び調査票の問題点が検討された。追加・修正の必要な調査項目、調査対象の見直しと調査デザインの改変のポイントについて整理された。今後は、それらの情報を基礎資料として調査票の改訂を行い、調査を実施していく必要がある。

A. 研究目的

日本の自殺死亡者数は、平成10年から14年間連続で年間3万人を超える状態が続き、深刻な社会問題かつ公衆衛生学的問題となっていた。こうした現状をふまえ、平成18年6月には『自殺対策基本法』が成立し、同年10月施行、また、平成19年6月には『自殺総合対策大綱』が制定されるに至った。大綱では「第4自殺を予防するための当面の重点施策」の「1.自殺の実態を明らかにする(1)実態解明のための調査の実施」の項で、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる『心理学的剖検』の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」とされ、平成24年8月に閣議決定された新大綱においても、心理学的剖検を実施することの重要性が明記されている。

この大綱の意図を汲み、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では、平成19年度から心理学的剖検の手法を用いて、自殺既遂者の遺族を対象とした調査として「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)¹⁾が実施されてきた。この調査では、自殺の実態をライフステージ別・性別、主要な社会的要因別に分析することから自殺の臨床類型を明らかにし、各類型における自殺予防の介入ポイントや自殺の関連要因について検討することが目指された。また、自殺既遂事例群(以下、事例群)の調査・分析と並行して、対照群のデータ収集および事例群との比較分析を行う大規模な症例対照研究が実施され、数量的に自殺の危険因子を明らかにし、詳細な実態と介入ポイントの把握が試みられて来た。

このような自殺研究とそれらを基にした対策が一定の効果を収め、平成24年より自殺死亡者数は減少傾向に転じた。このため、WHO(世界保健機関)を含め、国外からも日本の総合的な自殺対策への関心が高まっている。

一方、日本の女性の自殺死亡率は、国際的に見て極めて高い状態が続いている。OECD加盟国の中では、大韓民国に次いで第2位である²⁾。

しかし、各国の自殺死亡率は、一部の国を除き世界的にも男性の方が女性よりも比較的高い傾向にあることもあり、これまでの自殺研究・対策は中高年男性の自殺を想定したものが中心であった。女性の自殺の背景や特徴を明らかにするための研究は限られており、その多くは西欧諸国で実施されている。日本を含むアジア諸国では、十分に研究がおこなわれておらず、特に日本では、女性の自殺死亡率は他の高所得国に比べ高い傾向にあるにもかかわらず、ほとんど研究されていなかった³⁾。

そうした中、26年度の基礎調査⁴⁾では既存の心理学的剖検手法を用いて女性の自殺の精神的・心理社会的要因について検討された。また27年度は、症例対照研究において性別によるサブグループの分析が行われ⁵⁾、女性の自殺についての研究が着手されたことには大きな意義がある。他方、これらの調査の実施により、女性の自殺の実態を明らかにする上で、従来の調査方法や調査票の項目に問題点や課題があることも浮き彫りになった。

以上のような理由から、日本の女性の自殺実態とその精神保健的・社会的背景・特徴を解明し、予防介入のポイントを明らかにすること、またそれに適した調査方法及び調査項目を同定することが喫緊の課題であると言える。具体的には、平成19年度より厚生労働科学研究において実施してきた自死遺族を情報源とする自殺の実態調査を、以下の二つの観点から修正したかたちで調査を発展させる予定である。第一に、学際的な観点からの情報収集ができるように調査票を改訂することであり、第二に、東京都23区で発生した外因死、中でも女性の自殺に着目し、その背景要因、ならびに自死に至るプロセスをミクロな水準で明らかにし、女性の自殺予防のための介入ポイントを同定することに力点を置いた研究デザインで調査を実施することである。

そこで、研究班初年度である28年度は、女性の自殺について明らかにする上での従来の基礎調査の研究デザイン及び調査票の問題点について整理し、調査票改訂に資する基礎資料を作成することを目指した。

B. 研究方法

女性の自殺事例について分析が試みられた平成26年度及び平成27年度の基礎調査の報告書及び調査方法・調査項目について、学際的視点を導入しつつ検討を行った。多分野にまたがる女性の自殺に関する文献的検討と識者からの情報収集も合わせて行い、既存の調査項目では抽出し得ない女性の自殺の精神保健的・社会的背景要因・特徴について論点の整理を行なった。

また、平成26年6月より東京都監察医務院との連携により収集された東京23区における女性自殺既遂事例15例から、女性の自殺について、特徴的な経緯を呈していると考えられた事例を4つ提示し、検討した。事例の提示にあたっては、事例の本質的特徴を損なわない範囲で、個人の特定ができないようできるだけ抽象化を心がけ、適宜、複数事例の特徴を混ぜ合わせた。

(倫理面への配慮)

これまで我々が実施していた心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を踏まえ、所属施設の倫理委員会の承認を得て実施してきた。本年度については、すでに収集された調査手法を振り返るものであり、新たにデータ収集をしたり、データの二次利用などによって新たな分析をしたりするものではないため、新規に倫理審査の申請は要しないものと判断した。

C. 研究結果

1. 調査方法・項目の検討

既存の基礎調査において、事例群の調査は、自殺者の家族に対して独自に作成された面接票に準拠し、事前に3日間のトレーニングを受講した精神科医師と保健師等の2人1組の調査員によって半構造化面接にて実施された。回答者となる遺族は、死亡直前まで故人と同居あるいはそれに準じる接触があった者（選択の優先順位は、配偶者、父母、成人した子）で、面接を通じて、その自殺者の生前の生活歴や生活状況、自殺直前の言動等について直接聴取された。

用いられた面接票は、北京自殺研究・予防センターで開発された面接票⁶⁾を日本の状況に即して改良したものである。基本的情報(性別、年齢等)、家族構成、自殺のサイン、以前の自殺傾向、生活歴、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、精神障害、心の健康問題による受診行動に関する質問から構成されていた¹⁾。精神医学的診断は他者評定用に一部改編されたSCID (Structured Clinical Interview for DSM) を用いて、物質関連障害、気分障害、精神病性障害、不安障害(パニック障害、PTSD、全般性不安障害)についてのみ構造化面接による診断を行った上で、さらに面接の中で得られた他の情報を加えて、調査員となった精神科医師がDSM-IV⁷⁾に準拠した最終的な臨床診断を行った。ただし、症例対照研究のデータ分析においては、精神科医師による臨床診断データを得られない対照群データと比較するため、前述の構造化面接による診断の結果のみが使用された。

面接票を用いた構造化面接の他に、自由な話し合いにより故人の生前の様子が聴取され、調査員によって適宜ライフチャートが作成された。

26年度は、基礎調査で収集された情報のうち、次に示す心理社会的・精神医学的特徴について、男女間での比較が行われた。①人口動態的変数(年齢、婚姻状況、就労状況)、②自殺の状況(自殺の方法、自殺時の物質使用、直前の自殺念慮)、③自殺関連行動の既往ならびにその家族歴(自傷・自殺未遂歴、自傷・自殺未遂後の治療歴、家族や友人の自殺・未遂歴)、④経済的問題(金銭問題、借金問題)、⑤医学的問題(身体疾患、睡眠問題、DSM-IVに基づく精神障害の臨床診断、援助希求行動、精神科受診歴)に関する変数が分析に用いられた。さらに、女性の自殺事例について、ライフチャートなどの事例に関する個別情報を参照し、その心理社会的・精神医学的特徴が定性的に検討された。

27年度は、症例対照研究が実施され、事例群に対して、性別、年齢階級、居住地域をマッチさせた対照群への調査を実施し、収集されたデータと事例群のデータが比較された。

上記の方法を用いた研究において、女性の自殺

の特徴とその精神保健的・社会的背景、介入ポイント等について多くの示唆が得られたが、一方で、以下のような課題についても浮き彫りになった。

1) 評価できていない診断疾患の追加

26年度調査では、女性では、摂食障害の診断がつく事例が男性に比べ有意に多く認められた。これは摂食障害が自殺の危険性を高めるという海外における先行研究⁷⁾の結果と一致しており、日本の女性においても摂食障害は自殺の重要な危険因子であることを確認するものである。

一方、摂食障害についての情報は、面接の構造化されていない部分、すなわち自由な話し合いでの情報を加味した精神科医師による臨床診断によって得られたものである。そのため、臨床診断データを得られない対照群データを用いた症例対照研究では摂食障害の評価は含まれていない。

また、症例対象研究では、女性と若年層のサブグループでは精神医学的診断が自殺の危険因子としてあがらなかった。これは、症例対照研究の調査では情報収集できていない精神疾患が、女性(や若年層)の自殺のリスクを高める大きな危険因子である可能性も示唆するものである。

2) 家庭内の問題の分節化

27年度調査では、男性は自身のアルコール関連問題が自殺のリスクを高めているのに対し、女性では、血縁の家族にアルコール問題を抱えた人がいる(いた)場合、いない場合と比較して自殺のリスクが4.0倍高まることが明らかにされた。

一方、海外の先行研究⁹⁾では、親がアルコール問題を抱えていた場合、その子どもの一生ににおける自殺企図のリスクが高まることが知られているが、基礎調査では血縁関係がある両親、きょうだい、子どものうち、アルコールのために、頻繁な泥酔や日常生活への支障、対人関係問題、身体・精神的問題があった人の有無のみについて聞き取りしているため、問題を抱えていた家族と自殺者との続柄や問題の程度までは分からない。自殺者とアルコール関連問題を抱えていた家族との関係性や、そのアルコール問題に付随する他の問題(DVや虐待、離別など)との関係性など、交絡要因を含めたより詳細な検討が必要である。

また、Narishigeらは、致死性の高い自殺手段

を用いた自殺未遂の背景要因におけるジェンダー差について調査し、女性では、家族問題、とりわけ親子関係がリスク要因となることを指摘している¹⁰⁾。一方、基礎調査の面接票の調査項目には、家族関係に関する項目が非常に少ない。女性の場合には家族関係における葛藤が重要なリスク要因となりうることを加味し、自殺者の人間関係や家族関係を評価する必要がある。

3) 幼少期の逆境体験及びトラウマ体験に関するデータ収集

27年度調査では、女性や若年層の自殺事例では、15歳以前に両親どちらかとの死別や離別を経験している割合が、対照群に比べて有意に高いことが明らかにされた。また、男女ともに15歳以前の学校でのいじめ・暴力の発生頻度に有意な差が認められた。

幼少期に経験する親との死別や離別は、その後の自殺関連行動の危険性を高めることが報告されている¹¹⁾。Lizardら¹²⁾の米国における大規模調査では、18歳未満の両親の離婚や再婚は、成人期の自殺企図のリスクを有意に高め、特に女性ではうつ病で調整した場合でも、そのリスクは1.46倍と有意に高かった。一方、前述のいじめ被害も含め、自殺者のなかには幼少時代の逆境体験(adverse childhood experiences: 以下 ACEs)を複数経験している可能性もあり、その数が増えるほどその後の自殺関連行動のリスクは高まる¹⁵⁾。また、幼少期の性的・身体的虐待やドメスティック・バイオレンスを受けた女性は自殺行動のリスクが高いことが報告されている¹⁶⁾。

今後の研究では、幼少期のいじめ被害や親との死別・離別が他の危険因子とは独立して自殺のリスクとなりうるのか、もしくはそれらを含む何かしらのACEs(具体的には、身体的虐待、精神的虐待、性的虐待、家庭にアルコールあるいは薬物乱用者がいた、家庭に服役中の人や、家庭に慢性的なうつ病の人や、精神病をわずらっている人、自殺の危険がある人がいた、母親が暴力を受けていた、両親のうちどちらもあるいはどちらかがいなかった、身体的ネグレクト[学校に行かせてもらえない、食事を作ってもらえないなど]、心理的ネグレクト)が自殺のリスクを高めるのかなどについて明らかにす

る必要がある。

現在の基礎調査では、学校問題や家庭環境に関する項目は、15歳以前の学校でのいじめ・暴力、両親との死別や離婚、両親からの暴力やひどく無視される経験を問う項目のみとなっている。またドメスティック・バイオレンスについての情報を把握する項目はない。今後、ACEsや女性に特徴的なトラウマ体験に関わる調査項目の見直しと追加を検討する必要がある。

4) 女性のライフイベントに伴うリスクの評価

26年度の調査では、女性の自殺事例について、ライフチャートなどの事例に関する個別情報が定性的に検討され、子どもが独立した後の、いわゆる「空の巣症候群」や、家族関係における葛藤などが、うつ病や自殺の背景として示唆された。

先行研究では、女性の場合、孤独感が自殺リスクを高めること¹⁰⁾、子どもがいないもしくは子どもが独立した後の「空の巣」世帯の高齢者は抑うつ症状、孤独感がある人の割合が高く、孤独感が高齢者の自殺の危険因子となり得ること¹⁷⁾、家族内の不和が高齢者の自殺リスクを高めること¹⁸⁾などが報告されている。今後、特に高齢女性の自殺の要因分析には、高齢女性に特有のライフイベント等に伴う孤独感、抑うつや自殺との関連について検証される必要があると考えられる。

2. 女性の自殺既遂事例の検討

次に、女性の自殺について、特徴的な経緯を呈していると考えられた事例を4つ示した。

1) 事例1 (30代前半、調査協力者：母親、臨床診断：解離性障害、パーソナリティ障害、アルコール乱用)

地方都市に生まれる。幼少期より家族は経済的に困窮しており、父親は大きな負債を抱えていたことに加えて、家族に日常的に暴力をふるうことがあり、本人も幼少時より暴力を受けながら生育した。

小学校中学年時に両親が離婚。その後、頭痛、腹痛を理由に不登校になる。中学に入学すると毎日登校するようになり、高校では友人と夜まで遊んだり、口にピアスをし、タバコを吸っていた。

高校卒業後は、飲食店などのアルバイトを転々とし、成人して間もなく上京。寮付きの風俗店で働き始めるが、数ヶ月で辞めていた。10代後半よりリストカットが出現し、上京した20歳頃から市販薬を、精神科通院してからは処方薬を日常的に過量服薬していた。

数年後、当時交際していた男性と一緒に地元に戻るが、飲酒した際に暴力的な行動をとった（飲酒酩酊が解離症状を悪化させ、交代人格の出現を促した可能性が推測された）ことが原因となって、交際男性とは別れた。しばらく母親と同居し、その間は仕事をほとんどせず、自律神経失調症、パニック障害により通院していた。

20代後半時に、結婚予定の交際男性の家に転居するため再び上京するも、男性が消息不明になってしまったため、そのまま都内のアパートで一人暮らしをはじめた。お金がなくなると断続的に風俗の仕事をして生計を立てていたものの、生活はつねに困窮していた。

亡くなる前には風俗を辞めいわゆるキャバクラの仕事を始めたが、それから間もなくして体調を崩し、「生保もらえないかな?」と発言していた。同時期、母親に対して3回電話連絡があり、母親に対する攻撃的な言動に加えて、「本当の私を見るとみんな逃げていく」、「今までありがとうございます」と話していたが、母親はこれまでも同様の言動が度々あったため「またか」と思い、特に話を聞くだけであった。最後の電話があった日の夜、自宅アパートの取っ手（折りたたみベッドを引き出す取っ手）にビニール紐をかけ縊首。1週間後、連絡がとれないことを心配した知人が警察とともにアパートに入り遺体を発見した。遺書（メモ帳）には“自分の意志で死にます”と書いてあった。

2) 事例2 (30代前半、調査協力者：姉、臨床診断：大うつ病性障害、パーソナリティ障害、アルコール乱用)

幼少期はおとなしく、手のかからない子どもであった。母親から身体的虐待を度々受けていた。小学校時代は、持病のため肥満体型になり、そのことで同級生から度々いじめられていた。

小学校高学年時から卒業までの間、全寮制の養

護学校に食生活改善のため入寮したが、入寮中にリストカットが始まる（死亡時まで続いていた）。不登校は中学まで続くが、担任が男性のときは登校できていた。女性が苦手で、女性が担任のときはほとんど登校していなかったが、高校時代は友人たちと夜まで遊んだりしていた。

高校卒業後は定職につかず、週3日程度のアルバイトを転々とし、実家暮らしをしていた。亡くなる1年ほど前からアルバイト先の男性との交際が始まり、後にその男性が妻帯者（子あり）であることがわかり、家族から反対されていた。しばらくすると、交際男性の妻から本人に対する嫌がらせ（例：本人職場への嫌がらせ電話、ネットへの誹謗中傷の書き込み）があり、本人は職場を辞めることを余儀なくされた。

家族に対して幻覚症状を訴えることがあり、心療内科を受診すると統合失調症の診断を受けた。亡くなる数ヶ月前に、交際男性の子どもを妊娠したが墮胎。この時期から「一人でいると死にたくなる」と口にしていた。その頃、妻からの本人に対する（SNSによる）誹謗中傷が酷くなり、体重減少（6キロ）、希死念慮、自傷行為も顕著になっていった。数ヶ月後、自室で首を吊っている状態を別室にいた家族が発見し救急要請。搬送先の病院で死亡確認となった。遺体には、縊首による索状痕のほかに、リストカットおよび噛み付いた痕があった。

3) 事例3（30代後半、調査協力者：配偶者、臨床診断：大うつ病性障害、パーソナリティ障害、アルコール乱用）

父親が小売業から財を成し、裕福な家庭で育つ。幼い頃は妹の世話をする真面目な子だった。小中高時代は特に学校や家庭で問題はなく、大学では部活動や飲み会などで楽しい学生生活を送っていた。

卒業後は親族の紹介で生命保険会社に一般職として就職したが、20代後半時に退職し、看護学校へ進学。卒業後、看護師として就職し、同年結婚する。それから数年のうちに、2人の子どもを相次いで出産。

第2子の育休明けに、病院内の別科へ異動。勤

務内容に不満を抱き、またこの頃から次男の言葉の遅れなど育児に悩みを抱えていた。

眠れないことを主訴に精神科を受診したのもこの頃で、同年に処方薬を過量服薬し、救急搬送される。その1年後、次男が自閉症であるとの診断を受けた。それから間もなくして、「次男が嫌になった」と過量服薬し、再び救急搬送。同年に病院を退職。

その後すぐに別の病院へ就職するが、次男のことや、自身の過量服薬の問題と体調のために、就職しては数ヶ月で退職することを繰り返していた。

亡くなる1年ほど前に専業主婦となるが、毎日大量に酒を飲んでおり、お酒を飲まないとお子もの世話が出来ないと話していた。また、「次男の首を絞めたい。殺したい。」と夫に訴えていた。同年第3子を妊娠するも、次男と処方薬のことがあり墮胎。その後、保育園のお迎えにプレッシャーを感じ、リストカットや首吊り（未遂）をするようになる。亡くなるひと月前から、過量服薬と救急搬送、家出（「橋から飛び降りる」と友人に連絡後）、新聞に火をつけての一家心中未遂などを繰り返した末に、自宅クローゼットのポールを利用して縊首。警察と救急車を呼ぶが、その場で死亡確認となる。

4) 事例4（40代後半、調査協力者：配偶者、臨床診断：大うつ病性障害）

中学校までに引越しをくり返す。裕福な家で育ったが、幼年期より母親がうつ病で寝込んでいることが多く、十分なケアを受けることができなかった。よく弟の面倒を見ていた。「両親がよくケンカをしており、子ども時代には良い思い出がない」と言い、子ども時代～中学校頃までの思い出については、ほとんど語ろうとしなかったという。成績は良い方で、大学時代は友人たちと学生生活を楽しんだ。卒業後はサービス業に就職。30代前半に結婚。婚約を機に転居・転職し、その後一年程は仕事を続けていたが退職し、それからはパートや派遣でたまに働いていた。

30代後半時、父親ががんで亡くなる。その後を追うように、母親が自殺。その頃から、落ち込んで不安定な時期があり、その後亡くなるまで、そ

の落ち込みのサイクルがどんどん長くなっていったという。

40代前半時、不妊治療を始める。また、その数年後近所に引越しをするが、それからしばらくして落ち込みが特に長く続いた。同年、叔父が自殺で亡くなる。その頃から、「何かも嫌だ、死にたい」と口にするようになった。同時期には潰瘍性大腸炎も患い、治らない病気と言われ落ち込んでいた。それから間もなくして、自殺未遂（ベルトで首を吊ろうとした）。

晩年は、「自分は仕事をしていない、子どももない、人生って何だろう。何を目指して生きればいいのか」と頻繁に口にしており、落ち込んだ様子であった。また、体調が悪い日が多くなり、徐々に日課や家事がこなせなくなっていった。夫の外出中に自宅のウォークインクローゼット内のロッドで首を吊っていたところを夫が発見。救急要請し病院に搬送されるも死亡が確認された。

D. 考察

本研究では、女性の自殺とその精神保健的・社会的背景や特徴について明らかにし、介入ポイントの特定や今後の政策展開に活かすための情報収集を可能にするための調査票の改定を視野に入れ、従来の基礎調査の調査方法の課題について検討を行った。

27年度に実施された症例対象研究では、多変量解析（そして一部の二変量解析でも）をすると女性の場合は有意差のある項目がなくなっていた。また、事例群と対照群で発生頻度に有意な差が認められた項目群は男性の場合に比して少なかった。その原因として女性事例の少なさが考えられ、今後、より多くの女性の事例を収集できるようリクルート方法を見直すことを検討してもよいだろう。

他方で考えられるのは、これまでの調査項目は、中高年男性の自殺を中心に構成されているため、女性の自殺の特徴を捉えることが出来ていないという可能性である。というのも、男性の自殺既遂者は女性の3倍近くの数であり、とりわけ中高年男性は自殺者のなかで最も多く占める層であり、結果として危険因子として抽出される変数も中年男性の自殺に影響を与えるものに偏る傾向がある

からである。さらにいえば、新規研究の多くは、そのような先行研究を参照して計画されるために、ともすれば調査項目として中年男性の多いサンプルで有意差が出る変数ばかりが設定されてしまいやすい。そうした研究上の「轍」に、我々の心理学的剖検研究が埋まり込んだ可能性は否定できない。

今年度に行った調査票の検討から、追加が検討されるべき調査項目として挙げられたのは、以下の変数であった。すなわち、中高年男性以外に焦点をあてた診断疾患に関する項目、自殺者とアルコール関連問題を抱えていた家族との関係性や、そのアルコール問題に付随する他の問題（DVや虐待、離別など）との関係性に関する項目、自殺者の人間関係や家族関係を評価する項目、ACEsやトラウマ体験の関連項目、女性のライフイベントに関連した孤独感に関する変数である。

診断疾患に関する項目については、提示した事例においてあげられた精神疾患のうち、構造化部分の調査項目だけでは抽出できず、臨床診断による評価に頼らざるを得なかった疾患は、解離性障害とパーソナリティ障害であった。これらの疾患はACEsとの関連も指摘されており¹⁹⁾、事例1・事例2でも、ACEsの既往を確認することができる。また、基礎調査ではPTSDに関する調査項目が設けられ、トラウマ体験の自殺リスクへの影響が評価できるようになっているが、ACEs経験者はPTSDの診断基準を満たすことは少なく、ADHDなどの発達障害や、パーソナリティ障害等と診断される可能性が高い¹⁹⁾。また、慢性的な身体的・性的虐待、DV、いじめといった対人暴力の影響は、PTSDではなく複雑性PTSD(DSMの診断基準には含まれない)として概念化されている²⁰⁾。以上のようなことを含め、女性の自殺と関連する診断疾患の同定には、今後より詳細な検討が必要である。

その他の女性に自殺に関連すると考えられた項目は、家族関係に関する変数であった。事例で出てきたものとしては、事例4に見られるような喪失体験と孤独感である。基礎調査では、親との死別のような喪失体験は、15歳以下の場合でしか評価していないが、今回検討した事例を見てみると、成人後の親密な他者の喪失体験であっても、

事例4のように相次いで何人も家族を失っていくような場合、自殺による死別の場合など、複雑性悲嘆に発展するような喪失体験については検討される余地がある。

また同様に、調査票の検討では出てこなかったが、事例では、妊娠出産と子育てといった女性のライフイベントに関連する問題がいくつか散見された。事例2・事例3では、亡くなる1年以内前に墮胎が経験されていた。事例3では、発達障害の子どもに関する子育て困難の問題が、過量服薬による自殺未遂行動につながっていた。事例4では、不妊治療のエピソードや、本人が子どもがいないことを苦しんでいた様子もみられた。

現段階では、妊娠出産、子育てといったライフイベントが女性の自殺に与える影響は明確ではないものの、近年、妊産褥婦の死因における自殺の割合の高さとそのリスク要因を指摘する研究が公表され²¹⁾、注目を集めている。臨床的な観点からいえば、この時期における女性の自殺が、妊娠以前から存在する精神疾患に強く影響されたものなのか、あるいは、妊娠・出産というイベントをめぐる環境要因の強い影響によって発生するののかは、介入のポイントを検討するうえできわめて重要な問題である。このような問題意識から調査票の改訂を行えば、将来的には、妊産褥婦の自殺予防に資する知見が得られるかもしれない。

次に、自殺者のいじめなどの学校問題や、ACEs、トラウマ体験といった幼少時を含んだ情報の収集には、項目の調整だけでは解決できない可能性のある問題もある。現在の基礎調査では、前述のとおり情報源は家族となり、回答者となる家族は、死亡直前まで故人と同居あるいはそれに準じる接触があった者で、選択の優先順位は、配偶者、父母、成人した子、であった。実際に東京都監察医務院との連携により収集された女性事例15例のうち、8例は配偶者が回答者であった。

しかし、家族が知り得る情報範囲には自ずと限界があると同時に、記憶想起のバイアスが混入する。また幼年期の情報等については、たとえば親やきょうだいに比べ、配偶者からは十分に情報収集できない可能性がある。事例4のように、調査協力者である配偶者に、「子ども時代には良い思い出

がない」と思い出を語ろうとしなかったというケースもある。事例1や事例2は、幼少期の虐待や暴力、いじめなどの経験、自傷行為の開始年齢など比較的詳細に把握できたケースだが、両ケースとも調査協力者は配偶者ではなく、母親と姉であった。

さらに、逆境体験や特に性的なトラウマなど、家族、配偶者には語られにくい出来事もある。また、回答者側の家族も、家族内葛藤や暴力については、家族だからこそ語りにくいかもしれない。あるいは家庭内でのトラウマ体験をした自殺者の家族は、そもそも研究協力しない可能性もありうる。

また、幼少期のエピソードや語られにくい体験に関する情報にとどまらず、家族成員に関する男性からの情報収集は比較的難しいという側面もある。日本では家族の中で家族成員のケア役割を主に担うのは女性であり²²⁾、男性の場合は家族の生活史や情緒、身体疾患、精神疾患等に関する詳細な情報を把握していないことがままある。また、女性にとって家庭という親密圏とは、自らの人生を語りうる親密な他者のいる領域であり得る一方で、ケア労働を提供する対象であり、自殺リスクを高めるような葛藤や暴力の存在し得る場でもある。つまり、個人情報が多く語られている場合は家庭とは限らない。

その意味では、心理学的剖検の手法がはじめて提唱された当時もそうであったように²³⁾、個人を詳しく知る周囲の人々、すなわち友人や職場の同僚、関わりのあった支援者などを対象に調査を実施することも検討する必要がある。これまでの基礎調査でも、より詳しい情報を得るために複数の人に調査を行うことができるかどうかを検討するため、他の親族、友人や職場の同僚、関わりのあった医師・保健師等から情報を聞いてもよいかを面接票でたずねてきたが、周囲の人物からの情報収集に同意する回答は少なくなかった。また近年、日本でもLGBTQなどのセクシュアルマイノリティの自殺が注目されているが²⁴⁾、セクシュアリティに関することからも家族には語られにくい他、現在の調査対象からは同性パートナーは排除されてしまう。今後、そのようなデータ収集のための工

夫も必要であろう。

最後に、データの記述と分析方法である。これまでの基礎調査の報告書では、精神医学的な介入ポイントを中心に提言がなされていた。現在の調査票で定量的なデータを用いて示すことのできる項目を考えれば、そうならざるを得ないともいえる。しかし、面接における自由な話し合いによって調査員が作成したライフチャート等から事例を振り返ってみると、精神医学的側面のみならず、より包括的な視点で個人の生活史や自殺に至る経緯等が探求・把握されていることがわかる。また、あらかじめ調査項目に含まれていない女性事例の特徴についても描かれている。しかし、こうした定性的な情報が成果としてうまくいかされていない。ライフチャートは作成されているものの、作成のための情報収集の基準、調査項目が特に設けられていないため、収集される情報の質や量が調査者によって大きく左右されるという問題がある。今後は、こうした情報を、ある一定の基準のもとに収集するための調査デザイン及び調査項目の修正が必要になるであろう。

E. 結論

日本では、女性の自殺死亡率は他の高所得国に比べ高い傾向にあるにもかかわらず、女性の自殺の背景や特徴、予防介入のポイントや政策提言に資する研究はほとんど実施されてこなかった。本研究では、女性の自殺について明らかにする上での従来の基礎調査の研究デザイン及び調査票の問題点が検討され、追加・修正の必要な調査項目、調査対象の見直し、調査デザインの改変のポイントについて整理された。今後は、女性の自殺予防のための介入ポイントを同定し、監察医務機関のある地域における女性の自殺とその精神保健的・社会的背景・特徴の調査方法を明らかにするために、ここで整理された情報を基礎資料としつつ調査票の改定を行い、調査を実施していく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Manami Kodaka, Toshihiko Matsumoto, Michiko Takai, Takashi Yamauchi, Shizuka Kawamoto, Minako Kikuchi, Hisateru Tachimori, Yotaro Katsumata, Norihito Shirakawa, Tadashi Takeshima: Exploring suicide risk factors among Japanese individuals: The largest case-control psychological autopsy study in Japan. *Asian Journal of Psychiatry* 27: 123-126, 2017.

Manami Kodaka, Toshihiko Matsumoto, Takashi Yamauchi, Michiko Takai, Norihito Shirakawa, Tadashi Takeshima: Female suicides: Psychosocial and psychiatric characteristics identified by a psychological autopsy study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 71: 271-279, 2017.

小高真美, 松本俊彦, 高井美智子, 山内貴史, 白川教人, 竹島 正: 自殺のリスク要因としての身体疾患. *精神科治療学* 31(11): 1477-1485, 11, 2016.

松本俊彦: 子どもが<死>を考えると—子どもの自殺念慮と自殺企図への対応. *児童心理* 1026: 59-64, 2016.

松本俊彦: 言葉にしないが自殺念慮があるようにみえる. *medicina* 53(12): 1921-1925, 2016.

松本俊彦: 「いじめ」はいつ自殺に転じるのか. *臨床心理学* 16(6): 643-650, 2016.

松本俊彦: 思春期における自殺と自傷. *外来小児科* 19(3): 340-343, 2016.

松本俊彦: 自傷—自殺なのか, 感情的苦痛への対処なのか, 操作的行動なのか, あるいは常同行為なのか?—. *精神科治療学* 32(1): 67-72, 2017.

2. 学会発表

Matsumoto T: Plenary Session 「Addiction and Suicide prevention. 7th Pacific Region Congress, International Association of Suicide Prevention, Tokyo, 2016. 5. 20.

松本俊彦：【教育講演】法医学との連携が精神医学を変える～薬物乱用と自殺に関する研究を通じて～. 第 100 次日本法医学会学術全国集会, 東京, 2016. 6. 17.

松本俊彦：現場実践の視点からスピリチュアルケアを照らす. 第 9 回日本スピリチュアルケア学会学術大会, 東京, 2016. 9. 18.

松本俊彦：【教育講演】思春期の問題行動—自傷行為の理解と援助. 第 31 回日本女性医学学会学術集会, 京都, 2016. 11. 6.

H. 知的財産権の出・登録状況

なし

I. 引用文献

- 1) 加我牧子: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.平成 19 年度総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター, 2008.
- 2) OECD. Suicide. In: OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris, France: OECD Publishing, 2015: 56-57.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf> Accessed Apr, 22. 2017.
- 3) Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-1381.
- 4) 福田祐典：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. 平成 26 年度総括・分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター, 2015.
- 5) 福田祐典：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. 平成 27 年度総括・分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター, 2016.
- 6) Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002; 360:1728-1736.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 1994.
- 8) Harris, EC, Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
- 9) Alonzo D, Thompson RG, Stohl M, Hasin D. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States. *Am J Orthopsychiatry*. 2014; 84(3):316-320.
- 10) Narishige R, Kawashima Y, Otaka Y, Saito T, Okubo Y. Gender differences in suicide attempters: A retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 144.
- 11) Guldin MB, Li J, Pedersen HS, Obel C, Agerbo E, Gissler M, Cnattingius S, Olsen J, Vestergaard M. Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: A population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(12):1227-1234.
- 12) Lizardi D, Thompson R, Keyes K, Hasin D. Parental divorce, parental depression and gender differences in adult suicide attempt in offspring. *J Nerv Ment Dis*. 2009; 197:899-904.
- 13) Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. The role of depression in the differential effect of childhood parental divorce on male and female adult offspring suicide attempt risk. *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198(9):687-690.
- 14) Alonzo D, Thompson RG, Stohl M, Hasin D. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United

- States. *Am J Orthopsychiatry*. 2014; 84(3):316-320.
- 15) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998; 14(4):245-258.
- 16) Karen M. Devries, Maureen Seguin, Violence against Women and Suicidality: Does Violence Cause Suicidal Behavior?, García-Moreno C, Riecher-Rössler A (eds): Violence against Women and Mental Health. Key Issues Ment Health. Basel, Karger, 2013, vol 178, pp 148-158
- 17) Chang CM, Liao SC, Chiang HC, et al. Gender differences in healthcare service utilization 1 year before suicide: national record linkage study. *Br J Psychiatry* 2009; 195:459-60.
- 18) Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides—a case-control study. *Psychol Med* 2001; 31:1193-1202.
- 19) van der Kolk B, *The Body Keeps the Score : Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. 2014
- 20) Herman JL, *Trauma and Recovery*. Basic Books. 1992.
- 21) Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Psychiatr Res*. 2017; 84:284-291.
- 22) 江原由美子, 「男の子育て・女の子育て」 92-103, 江原由美子・山田昌弘『改訂新版ジェンダーの社会学』放送大学教育振興会, 2003.
- 23) Evans E, & Farberow NL. : *The Encyclopedia of Suicide*. 1988.
- 24) Hidaka Y, Operario D, Takenaka M, Omori S, Ichikawa S, Shirasaka T. Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(9):752-7, 2008