

平成 29 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）

「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

東京都監察医務院との連携による外因死の精神保健的・社会的要因
および遺族の支援ニーズに関する研究

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 (上智大学グリーンケア研究所)
福永 龍繁 (東京都監察医務院)
引地 和歌子 (東京都監察医務院)
鈴木 秀人 (東京都監察医務院)
川本 静香 (立命館グローバル・イノベーション研究機構)

研究要旨：

【目的】

わが国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、わが国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・社会的背景と特徴を解明し、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および調査項目を同定することは喫緊の課題である。そこで本年度は、従来の心理学的剖検の手法ではサンプル数の制限から統計学的にその臨床的特徴を同定できなかった女性の自殺既遂者に関して、質的な手法を用いて自死に至るプロセスにおける「危険因子」や「保護因子」の複雑な相互影響と継時的推移に関する具体的検討を行った。

【方法】

1. 既存事例の検討：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、東京都 23 区内で発生した女性の自殺既遂者 14 例に関して、個々の事例をライフチャートにもとづいて再検討するとともに、2. 前方視的な心理学的剖検研究：あらかじめ質的な検討を念頭に置いた新たな面接調査票を開発し、前方視的な情報収集をする計画を立てた。

【結果および考察】

1. 既存事例の検討：既存事例の再検討から、女性の自殺既遂事例に関していくつかの臨床類型として整理されるとともに、不妊問題、妊娠、出産、子育てといったリプロダクティブ・ヘルスや、結婚や家事労働等におけるジェンダー役割と密接に関わる女性の就労状況に関連した自殺のリスクおよび介入のポイントについて明らかにされた。
2. 前方視的な心理学的剖検研究：研究期間内に女性自殺既遂者の遺族より調査協力を得ることができず、今後の課題として残された。

【結論】

本研究では、従来の心理学的剖検研究では同定が難しかった女性自殺既遂事例における精神保健的・社会的背景と特徴および予防介入のポイントについて、試行的検討が行われた。今後は、本研究で得られた知見を基礎資料としつつ、(1) 前方視的な新たな心理学的剖検研究の実施、(2) 女性を含めた自殺の実態を解明するための量的調査に使用する質問票の開発、(3) 自殺者の精神保健的・社会的背景や特徴に応じた自死遺族支援のあり方について検討することが期待される。

A. 研究目的

わが国の自殺者数は、平成10年から平成23年まで連続して3万人を超える状態が続いてきた。このような背景から平成18年には自殺対策基本法が公布・施行された。基本法に基づいて平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」では、「自殺を予防するための当面の重点施策」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」として自殺の心理学的剖検調査の重要性が明記された。「自殺総合対策大綱」は平成19年に一部改正され、平成24年には全体的な見直しが行われたが、自殺研究に特異な研究手法である心理学的剖検の重要性について継続的に謳われていた。

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)¹⁷⁾が実施されてきた。これらを通じ、遺族と接触しえた自殺者に関して、精神医学的要因、社会的要因、自殺に至るまでの縦断的経過に依拠した、臨床類型および臨床類型ごとの自殺予防における介入のポイントを明らかにし、支援のあり方に関する知見が得られた。

一方、これまで得られた知見は主に中高年男性の自殺を想定したものであり、今後は、国際的に見て極めて高い自殺死亡率を維持しているわが国の女性の自殺²⁷⁾についても早急にその実態を把握し今後の政策展開に資する研究を実施することが期待されていた。

そうした中、26年度の基礎調査⁷⁾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医学的・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⁸⁾、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。しかし他方で、同研究における女性サンプル数の制限

から統計学的に十分にその臨床的特徴を同定できないという問題点があるばかりではなく、調査票の項目に女性の自殺の実態を明らかにする上での課題があることが示唆された。

そこで、本研究班初年度である28年度は、文献的検討と識者からの情報収集の他、26年度および27年度の基礎調査の報告書および調査方法・調査項目について検討し、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・社会的背景要因と特徴について論点の整理を行なった。

今年度はそれに引き続き、マクロ的な数量分析では不可視化されてしまう自殺に至るまでのプロセスにおける「危険因子」と「保護因子」の複雑な相互作用と継時的推移のプロセスを具体的に明らかにすることを目的とし、女性自殺事例の質的分析を試みた。

B. 研究方法

研究方法として、1. 既存事例の検討：東京都監察医務院との連携によりこれまでに収集された、東京都23区内で発生した女性の自殺既遂者14例に関して、個々の事例をライフチャートにもとづいて再検討するとともに、2. 前方視的な心理学的剖検研究：あらかじめ質的な検討を念頭に置いた新たな面接調査を開発し、前方視的な情報収集を実施する計画を立てた。

1. 既存事例の検討

(1) 対象

対象の自殺事例は、基礎調査において、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自殺実態分析室(以下、自殺実態分析室)によって、平成26年6月から平成28年11月までに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14例である。

(2) 調査方法

東京都23区内で発生したすべての異状死の検

案を行っている東京都監察医務院において、監察医が検案に立ち会った自殺者の遺族に研究への協力依頼の冊子等を渡し、「協力してよい」、または、「協力するかどうか検討する」という回答のあった遺族に対して、調査面接の設定担当者より順次コンタクトを取り、遺族が調査に耐えうる精神状態であり、かつ同意の得られた者に対して調査面接を実施した。

調査面接は、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、事前にトレーニングを受講した精神科医師と心理学や社会学を背景とする自殺予防の研究者などの2人1組の調査員によって半構造化面接を実施した。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。面接票を用いた構造化面接に加え、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。

調査面接を実施した自殺事例45例中3例は、遺族の精神状態を考慮し半構造化面接を中断したなどの理由により除外した。最終的に収集された事例42例中、女性例は14例であった。

(3) データ分析

分析は、上記14例のライフチャートに基づき実施した。対象とした事例を、女性のライフコース別に理解するため、厚生労働省・警察庁「平成28年中における自殺の状況」による職業区分に基づき分類した。すなわち、自殺者の職業によって「自営業・家族従業者」「被雇用者・勤め人」「無職（学生・生徒等）」「無職（無職者）」「不詳」とする分類である。「無職（無職者）」はさらに、「主婦」「失業者」「年金・雇用保険等生活者」「その他の無職者」の4区分に細分化される。その上で、28年度の本研究調査で、女性の自殺と関連した要検討課題として明らかにされた項目—「家族の精神疾患等や自殺・自傷歴」「ACEs（adverse childhood experiences: 幼年期逆境体験）/トラウマ/親密な他者との離別・死別等」「リプロダク

ティブ・ヘルス関連問題」—に準拠して情報を抽出して整理し、特徴を検討した。あわせて、各分類において地域精神保健福祉の中で事例化しそうな7事例を提示し、自死に至るプロセスにおける「危険因子」や「保護因子」の複雑な相互影響と継時的推移について具体的検討を行った。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た。

2. 前方視的な心理学的剖検研究

(1) 対象

対象は、平成29年10月から平成30年2月までに東京都監察医務院において検案の対象となった女性の自殺既遂事例である。なお、わが国の若年層の自殺死亡率は上昇傾向にあり、若年層の自殺対策は喫緊の課題であると考えられたため、死亡時年齢が20歳未満の自殺事例も含めた。主たる研究対象は、家族（調査対象としての優先順位は、父母、配偶者、子、その他、とする）が存在する自殺事例とした。また、遺族より紹介された、故人をよく知る関係者（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）を二次的研究対象とした。（設定理由：女性の自殺と関連があるとされる家庭内葛藤や、幼少時代の逆境体験に関する情報については、家族、特に配偶者が知り得る情報範囲に自ずと限界があると考えられるため）。調査に伴う侵襲性を配慮し、遺族が20歳未満の未成年のみである自殺事例は除外した。

(2) 調査方法

a. 面接調査票の開発

調査面接の実施にあたって、面接調査票を作成した。従来の基礎調査で使用された面接票を、質的研究向けに、女性の自殺実態に即して改訂した。28年度の本研究調査で明らかにされた基礎調査の研究デザインおよび調査票の問題点と課題に対応した他、基礎調査で調査にあたった者の意見を集約し反映させた。

b. 調査面接

「1. 既存事例の検討」と同様の方法で遺族への

調査協力を求めるほか、遺族への調査面接時に、二次的研究対象に対する面接調査の可否を確認し、同意を得られた遺族に対して、調査面接担当者から二次的研究対象者向けの調査面接依頼状を手渡す。遺族から二次的研究対象者への調査面接依頼状の配布後、「協力してよい」、または、「協力するかどうか検討する」という回答のあった二次的研究対象者に対して、研究者より順次コンタクトを取り、同意の得られた者に対して調査面接を実施する。実際の調査面接は、事前にトレーニングを受講した精神科医師と心理学や社会学を背景とする自殺予防の研究者などの2人1組の調査員によって行う。面接調査では、開発された面接調査票に準拠しつつ自殺が起こるまでの状況を継続的に整理し、自由な聞き取りを3-4時間程度行う。

(3) データ分析

事例の整理に当たっては、各事例の情報として面接調査票に記載されている全ての情報、録音記録、その他調査員のまとめやメモを用いる。基本分析シート作成後、分析担当者が事例情報をもとにすべての事例についてライフチャートを作成する。ライフチャートは、「個人要因」、「環境要因」、「疾病要因」の3つの要因と対応するように、「個人要因」、「家庭内出来事」、「家庭外出来事」、「本人の身体・精神状態についての客観的情報」、「精神状態の評価」の欄を作成し、さらに「保護因子」に対応するように「環境(サポート・受診行動)」の欄を設けて経時的整理を行う。ライフチャートの作成にあたっては、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に、できるかぎりの抽象化を心がける。

(倫理面への配慮)

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を踏まえ、国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。

なお、調査実施にあたり、必要に応じて調査対象者である自殺者の遺族に対して、継続的な遺族ケアや各地域の相談機関・医療機関への紹介、社会資源に関する情報提供等を行えるよう事前に体

制を整えた。

C. 研究結果

1. 既存事例の検討

対象 14 事例に関する情報をまとめた結果が表 1 である。事例の職業別分類は、「自営業・家族従業者」0 例、「被雇用者・勤め人」5 例、「無職(学生・生徒等)」0 例、「無職(無職者)」9 例、「不詳」0 例であった。以下に、分類ごとの各群の特徴を記述するとともに、その代表的事例について、各事例の本質をゆがめない範囲で最大限の匿名化を行った経過の概要を提示する。

(1) 被雇用者群

この群に分類された 5 事例には、非正規雇用者(パートタイム)、非正規雇用者(フルタイム)、正規雇用者が含まれており、それぞれにライフコースも経済的状況も大きく異なり、したがって自殺にいたる経緯や背景にも違いがみられた。また、無職群 9 例と比較して、リプロダクティブ・ヘルスに関連した出来事が危険因子として自殺に強い影響を与えていると考えられる事例が少なかった。以下に、非正規雇用者、正規雇用者の 2 区分にさらに分類し、特徴と事例を示す。

a. 非正規雇用者

非正規雇用者は全 14 例中 4 例、20 代から 40 代前半という比較的低位年齢層であった。非正規雇用者では、単身世帯か家族との同居世帯かという生活形態の違いにより経済的状況に大きな違いが見られた。4 例中単身世帯は 1 例(以下 a-1 として詳細を記述)、家族との同居世帯は 3 例(以下 a-2 として詳細を記述)であった。

a. -1

以下に事例 1 で示すように、非正規雇用者かつ単身世帯の場合は、生活困窮の問題が表に出てきていた。また、幼年期の身体的虐待、いじめ体験、

表1 女性自殺既遂者の背景

職業	死亡年齢	死亡時の就労状況・就労歴等	同居形態	家族の精神疾患等や自殺・自傷歴	ACEs/トラウマ/親密な他者との離別・死別等	リプロダクティブヘルス関連問題	身体・精神状態	自殺企図/自傷/自殺念慮	サポート/受診行動	精神状態評価(調査時臨床診断)
被雇用者	31	・非正規雇用者(風俗営業店)	単身世帯	・自律神経失調症(母) ・精神疾患(祖母) ・自殺既遂(父)	・身体的虐待(幼少期) ・いじめ(小学校) ・離別(父、小学校低学年時) ・死別(父[自殺]、時期不明)	・子なし	・不定愁訴(頭痛・腹痛・倦怠感) ・交代人格(飲酒時)	・自殺未遂あり ・自傷行為あり(日常的)	・精神科通院(自律神経失調症・パニック障害) ・母親が代理受診し処方薬を本人に郵送 ・病院搬送・入院(過量服薬)	・アルコール依存 ・人格障害 ・その他の種類の精神障害(解離性障害)
	24	・非正規雇用者(派遣の仕事を経験していた。自死の前は出勤できていなかった)	親と本人の世帯	・うつ病(母)	・親の精神疾患 ・いじめ(小・中学校) ・両親離婚(時期不明) ・幼少期家族構成の急激な変化(実母と別居後、継母1及び異母きょうだいとの同居、継母2との同居)	・子なし		・自殺未遂2回	・心療内科通院(主訴不明)	・大うつ病性障害
	44	・非正規雇用(転職直後)	夫婦二人世帯	・自殺既遂(祖母) ・自殺未遂(弟)	・父親のしつけが厳しかった(幼少期) ・いじめ(小学校) ・死別(ペット)	・子なし ・不妊(治療歴なし)	・胃痛 ・パニック発作	・その他(自殺関連サイトを閲覧)2回	・心療内科通院(主訴・通院開始時期不明)	・パニック障害
	38	・非正規雇用(大学卒業時就職活動がうまくいかず、その後就職するも両足の疼痛のため退職)	夫婦二人世帯			・子なし	・疼痛(両足)	・自殺未遂4回	・整形外科、精神科受診/入院/ECT治療(足の痛み) ・病院搬送(過量服薬)2回 ・病院受診(医科不明)	・その他の種類の精神障害(身体表現性障害/疼痛性障害)
	42	・正規雇用(死の5年前より休職)	単身世帯	・うつ病・自殺既遂(母) ・自殺既遂(いとこ) ・自殺既遂(叔父)	・親の精神疾患 ・自死の5年以内に、相次ぐ死別(父[がん]、母[自殺]、叔父[自殺])	・子なし ・子宮筋腫の手術を控えていた	・悲嘆 ・子宮筋腫		・産業医受診 ・区の窓口相談電話	・大うつ病性障害
無職者(失業者)	45	・就労支援関係の事業所に登録(配置換え直後)	単身世帯		・死別(父[病死]、高校時)	・子なし ・子宮筋腫既往	・統合失調症 ・子宮筋腫 ・糖尿病	・自殺未遂情報なし ・自傷行為情報なし ・自殺念慮あり	・精神科通院(統合失調症との診断) ・家族が保健所に相談(引きこもり)	・統合失調症
	46	・就労支援関係の事業所に登録	夫婦二人世帯	・自殺既遂(父) ・双極性障害(いとこ) ・うつ病(配偶者)	・両親の離婚 ・死別(父[自殺]、本人幼少時) ・死別(母[病死]、本人30代時)	・子なし ・妊娠中絶 ・服薬のため妊娠出産を断念	・双極性障害 ・うつ ・激しい躁転(妄想、逃走、借金、性的逸脱行動) ・子宮頸がん ・結核	・自殺未遂2回 ・自傷行為3回 ・自殺念慮の発信情報なし	・心療内科通院(主訴・通院開始時期不明) ・精神科入院/ECT治療(双極性障害)複数回 ・市町村や保健所 ・「いのちの電話」に電話をしたが繋がらなかった	・双極Ⅰ型(その他)

職業	死亡年齢	死亡時の就労状況・就労歴等	同居形態	家族の精神疾患等や自殺・自傷歴	ACEs/トラウマ/親密な他者との離別・死別等	リプロダクティブヘルス関連問題	身体・精神状態	自殺企図/自傷/自殺念慮	サポート/受診行動	精神状態評価(調査時臨床診断)
無職者(主婦)	33	・無職(死の1ヶ月前に転職したばかりの正社員職を退職)	夫婦二人世帯		・死別(母[病死]、本人20代時)	・子なし ・妊娠・出産を視野に入れ、正社員への転職を検討	・母親の死後、夜中に「お母さん」と叫ぶといった精神的に不安定な状態が2、3年続く	・自殺未遂2回 ・その他(自殺方法をネット検索)	・カウンセリング様の支援(詳細不明)	・大うつ病性障害 ・気分変調性障害 ・全般性不安障害
	33	・無職(正社員・総合職を出産を機に退職)	本人夫婦と子の世帯		・いじめ(小学校) ・死別(祖母、本人の死から1年以内)	・子あり	・祖母他界後、奇異な行動が目立つようになる			・その他の精神障害
	40	・無職(子の発達障害や自身の体調のため、転職と退職を繰り返していた)	本人夫婦と子の世帯	・発達障害(子)		・子あり ・育児困難(子の発達障害) ・妊娠中絶	・不眠 ・うつ病 ・アルコール問題	・自傷行為あり(日常的) ・自殺企図2回	・精神科受診(不眠) ・病院搬送(過量服薬) ・入院(うつ病) ・保健所 ・育成室	・アルコール乱用 ・大うつ病性障害
	46	・無職(結婚を機に退職、機会的にパートタイム労働)	夫婦二人世帯	・自殺既遂(弟、いとこ)	・親の精神疾患 ・自死の4年前までに原家族全員死別(父[病死]本人40代時、母[病死]本人30代時、弟[自殺]本人20代時) ・死別(いとこ[自殺]時期不明)	・子なし ・不妊治療	・潰瘍性大腸炎	・自殺未遂1回 ・自傷行為1回 ・自殺念慮の発信あり	・クリニック受診(うつ病)	・大うつ病性障害
	51	・無職(結婚を機に退職、機会的にパートタイム労働)	夫婦二人世帯(子は一時的に別居)	・発達障害(子)	・死別(父[病死]、本人20代時) ・死別(母[病死]、本人40代時) ・絶縁(姉)	・子あり ・育児困難(子の発達障害)	・多量飲酒	・自殺未遂1回 ・自傷行為1回 ・自殺念慮の発信あり	・精神科入院(アルコール依存、うつ病) ・転院し精神科入院・外来治療 ・入院予約	・アルコール依存 ・気分変調性障害
無職者(年金・雇用保険等生活者)	72	・無職(死の数年前、家族を家事面で支えるため、十数年経営した飲食店を閉める)	本人と子と孫の世帯	・自殺既遂(兄、弟) ・精神疾患(弟、詳細不明)	・離婚(40代後半時) ・死別(兄[自殺]、時期不明) ・死別(姉[病死]、時期不明) ・死別(2番目の弟[事故死]、時期不明) ・死別(3番目の弟[自殺]、本人60歳前後)	・子あり	・不定愁訴(慢性的な胃部の異常な不快感) ・不安 ・急激な体重減少 ・腹部大動脈瘤	・自殺念慮の発信あり	・精神科通院(胃部の異常な不快感。診断：不安神経症、パニック障害)	・大うつ病性障害
その他の無職者	23	・無職(死の数ヶ月前まで、アルバイトを転々としていた)	親と本人の世帯		・身体的虐待(幼少期) ・いじめ(小学校) ・小学校高学年時、全寮制学校に入る	・子なし ・妊娠中絶	・先天的に肝臓が悪かった(小学校時の肥満の原因) ・急激な体重減少	・自傷行為あり(日常的) ・自殺念慮の発信2回	・心療内科受診(幻覚症状) ・心療内科通院(統合失調症)	・アルコール乱用 ・大うつ病性障害 ・人格障害(境界性パーソナリティ障害)

親の精神疾患、両親の離婚と親との別離体験といった ACEs を重複して経験していた。

[事例 1] 31 歳、調査協力者：母親、臨床診断名：アルコール依存、人格障害、その他の種類の精神障害（解離性障害）、非正規雇用、未婚、子なし

幼少期より、経済的な困窮、身体的虐待、親の離別、家族仲の悪さ、学校でのいじめといった、数々の逆境を体験してきた。頭痛・腹痛やからだのだるさ、重さといった不定愁訴により、小・中学校は不登校であった。高校卒業後は飲食店などのアルバイトをするものの、不定愁訴により、いつも長続きしなかった。

20 代になると、家を出たいがために寮付きの性風俗店で仕事を始める。その頃から、日常的に市販薬や処方薬の過量服薬をするようになった。その後仕事を辞め、再び実家に身を寄せ仕事はしていなかったが、現金が必要になればその時期だけ性風俗店で働いてしのいでいた。しかし生活は荒れており、またこの時期から、幻聴・妄想、交代人格の出現などの問題も出始めた。精神科に相談はしていたが、途中からは親が代理受診して受け取った処方薬を本人に渡すだけになり、過量服薬の問題を悪化させるだけであった。

20 代後半時、当時の恋人と同棲するために実家から遠く離れた都市に引越しをするも、結婚まで約束していた男性はまもなく蒸発。本人は、「本当のわたしをみると、みんな逃げていく」と後に漏らしていた。その後も親密な関係はうまくいかず、仕事も断続的にしか続けられず、家族にも頼ることができない中で、経済的に困窮し家賃を滞納するなど厳しい生活が数年続いていた。亡くなる 2 年前には過量服薬が重症化し、救急搬送・入院にまで至ったほか、1 年前からはそこに多量飲酒の問題も加わった。

亡くなる数ヶ月前には、風俗営業店に転職。新しい職場で本人は頑張っていたが、やがて体調を崩し、また仕事ができなくなると、「生保もらえないかな？」と親に話し、弱った様子をみせていた。だが結局、生活保護受給を相談する機会も最期までなかった。自死の当日、親への電話で「今までありがとうございます」と話したあと、自宅で縊

首。残されたメモには、「自分の意志で死にます」とあった。

a. -2

一方で、非正規雇用者であっても家族との同居世帯の 3 例の場合は、本人以外の収入が収入源であったため生活困窮はなく、自死の主な背景と考えられた出来事も、それぞれであった。そのうち、就労に関する問題、リプロダクティブ・ヘルス関連問題、喪失体験、アイデンティティのゆらぎ等、複数の危険因子と保護因子の相互作用が見られたケースとして、以下に事例 2 を提示する。

[事例 2] 44 歳、調査協力者：配偶者、臨床診断名：パニック障害、非正規雇用、既婚、子なし

都心部の中流階級に生まれる。ごく一般的な家庭で育つが、「昔は父親がとても怖かった、しつけが厳しかった」と述懐しており、感情をすぐに抑制してしまう傾向があった。大学卒業後に就職した会社で後の配偶者と出会い、20 代前半で結婚・退職。専業主婦として家事はしていたが、「世間知らずで子どもっぽく、計画性がない」という理由で金銭の管理は夫が行っていた。結婚から数年たっても妊娠に至らず、徐々にセックスレスになり、子どもはいなかった。しかし、夫婦仲は良好であった。

20 代後半時、夫の転職と家計の変化をきっかけに、正社員として就職。この頃、通勤電車で数回パニック発作を起こす。その後、主訴や正確な時期は明確でないものの、心療内科への定期的な通院を開始しており、ペットを飼い始めたのも、その前後であった。数年して退職した後は、美容系の仕事の勉強を始め、しばらくすると美容系サロンで働き始めた。非正規雇用とはいえ、やがて店長まで務めるようになり、やりがいをもって働いていた様子であった。この数年間で本人の優先順位はすっかり変わり、夫と一緒に行動が減り、「ペットと仕事がすべて」となっていたという。

しかし、40 代前半で可愛がっていたペットが病気で亡くなると、「生きていても意味がない」等と頻繁に口にするようになった。その後、10 年近く勤続したサロンがオーナーの意向により突然閉店。

家計的にはまったく必要がなかったにもかかわらず、夫の「プータローだね」という言葉に反応し、焦るように同業種の面接を受け、すぐに転職した。新しい職場では、自分よりも年下の同僚の中で新人扱いをされ、「むなしい」「職場で存在が消されている」と悩んでいる様子であった。新職場への就職から数週間後、自宅にて縊死。

b. 正規雇用者

正規雇用者は、全14例中1例のみであった。正規雇用の場合、精神保健上の問題が起きたとしても、有給での長期休職や産業医による介入などの資源が利用可能であるが、以下の事例はそれらの制度がうまく機能しない、むしろ裏目に出たケースと考えられる。

[事例3] 42歳、調査協力者：いとこ、臨床診断名：大うつ病性障害、正規雇用（休職中）、未婚、子なし

長く子どもができなかった夫婦のあいだに、やっと授かった待望の子どもとして生まれ大事に育てられた。母親は結婚当初よりからだが弱く、うつ病を患っており、「からだ弱い出来ない嫁は実家に返せ」という田舎の文化のなかで母親とその母親を守ろうとする父親は孤立していたが、本人を含めた3人家族は身を寄せあい仲良く暮らしていた。本人は幼少時より「しっかりしたいいい子」「できすぎた子」で、「私は母の分身だった」と後に本人が語るように、母親に代わって父親の世話をし、笑顔を絶やさず、愚痴や不平不満を一切言わず、結婚もせずに家に残り家族のために生きていた。

しかし、30代後半で突如両親を相次いで亡くすと、精神的な調子をくずし、高校卒業以来20年近く務めあげた会社にも出勤できなくなり、休職を余儀なくされた。経済的には貯蓄がある上に、休職手当を受給することが出来、困窮していなかったため、生活支援などの援助関係につながる必要もなく、そのために人と接する機会が極端に減っていった。最初のうちは産業医や行政の窓口にも相談していたが、主訴が精神疾患でも生活支援でもなく悲嘆であるためか、適切な支援を受けるこ

とができず、日記には、「ここに行ってもだめなら、もうだめだ」「絶望的」と記されている。その後数年間は、「もうだめだ」と思う気持ちと、生活の再生に向け希望を持とうとする気持ちを、両面的に揺れ動き続けていた。

その後、子宮筋腫が発覚し、手術のための入院を控えたその前日、家族で暮らしていた自宅マンションから飛び降りた。部屋には、入院準備のための荷物が残されていた。

(2) 無職群

この群に分類された9事例は、「主婦」、「失業者」、「年金・雇用保険等生活者」、「その他の無職者」から構成されており、主婦（5例）が最も多かった。無職に伴う生活困窮が自死の主な背景と考えられる事例は1例もなかった。以下に、主婦、失業者、年金・雇用保険等生活者、その他の無職者の4区分に沿って、特徴と事例を示す。

a. 無職者（主婦）群

この群に分類された5事例のうち、2例は子の発達障害に伴う育児困難の問題に直面していた。他には、本来は人と関わるのが苦手なため在宅勤務が可能な仕事のみをしてきたが、妊娠・出産を視野に入れ、外で多くの人に接する必要がある慣れない仕事へと転職し、それをきっかけに精神的・身体的状態が悪化していったケースや、不妊の問題で負担感を抱えていたケースなど、5例中4例が、リプロダクティブ・ヘルス関連問題が抑うつ症状の悪化や自殺リスクと関連していると考えられるケースであった。以下に、ACEs挿話の存在、喪失体験、結婚後の不妊の問題等の重複的影響が顕れたと考えられる事例を示す。

[事例4] 46歳、調査協力者：配偶者、臨床診断名：大うつ病性障害、無職、既婚、子なし

裕福な家庭で育ったが、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。中学生の頃まで、引っ越しが多いため友だちができづらく、家では両親がよくケンカをしており、どこにも居場所がなかった。一方、高校・大学時代は友人たちと学生生活

を楽しみ、卒業後はサービス業に就職。その後結婚し優しい配偶者にも恵まれた。本人は頭がよく、気の利いた冗談で周囲をなごませ、気づかいのできる聡明な女性で、経済的にも一貫して中流階級であり、一見すると問題を抱えているようにはみえなかった。

しかし実際には、学生時代にきょうだいを自殺で亡くした頃からうつ病でクリニックに通院。服薬で安定していたが、30代後半時、相次いで両親を亡くした頃から、落ち込んで不安定な時期が増え、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。うつ症状の影響のためか、家事をうまく出来ないこと、また結婚後子どもができないことに本人は負担感を感じており、「迷惑をかけてごめんね」「自分は仕事をしていない、子どももいない、人生って何だろう。何を目指して生きればいいのか」と頻繁に口にしていった。

亡くなる数年前には近所に引越しをするが、それから落ち込みが特に長く続いた。同年、親族が自殺で亡くなると、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。同時期には身体病も患い、命には関わらないが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。その数ヶ月後、家族の外出中に縊死に至った。

b. 無職者（失業者）群

この群に分類された2事例は、いずれも障害者の就労支援関係の事業所に登録していたケースであった。2例とも、失業による生活困窮よりも、就労支援・雇用支援の背景となった障害（統合失調症、双極性障害）の症状あるいはそれに関連した生活上の問題により困難を抱えていたと考えられた。以下に、女性の精神障害とリプロダクティブ・ヘルスの相互作用について示唆する事例を提示する。

[事例5] 46歳、調査協力者：配偶者、臨床診断名：双極Ⅰ型（その他）、無職、既婚、子なし

幼少期に両親が離婚。父親はそれからまもなく自死。母親は家計のために働きに出ており夜はい

つもいなかったため、姉に面倒をみてもらい、育った。活発で勉強のできる子どもだったが、経済的事情から希望の私立高校を受験できず、高校時代は軽く非行に走った。高校卒業後は、接客・サービス業を転々とした。本人が「人と接するのは苦手なのに、なぜかそういうことになってしまう」と語っていた通り、どこに行っても「姉御肌」「面倒見のよい人」として慕われていた。一方、人の面倒は熱心にみるが、自分のケアや家のことをするのは苦手であった。

30代前半時、うつ症状をきっかけに入院。途中で躁転したため、双極性障害と診断された。それまでも心療内科に長く通院していた様子ではあった（詳細不明）が、急激に元気がなくなり、喋ることができないような状態になったのはこの時が初めてであった。この入院の少し前に、当時交際していた男性との子を妊娠中絶していた。入院をきっかけに退職し、数年後、友人男性と結婚。生活が落ち着くかに見えたが、極端なうつ状態と、妄想・遁走・借金を伴う激しい躁転、入院へ、というサイクルが、亡くなるまでの約10年間何度も繰り返された。結婚後数年間は子どもをもうけることも考えたが、服薬治療を理由に断念した。配偶者に「私なんかと別れて子どもを作れば？」と口にするなど、負担感を抱えていた様子であった。しかし、就労支援関係の事業所に登録し、週数回程度の仕事を始めた頃から数年間は安定していた。

亡くなる前年から、性的逸脱行動を伴う躁転が数回あり、死の2ヶ月前からはうつ状態であった。ある時自分の躁状態時の行動を思い出して「ひどいことをしてしまった」と急激に落ち込み、過量服薬。入院治療後、ややうつ状態のまま、退院することとなった。自宅療養し、「落ち着いてきた」と思っていた矢先に、自宅にて縊首しているところを、夫が発見するに至った。

c. 無職者（年金・雇用保険等生活者）群

d. 無職者（その他の無職者）群

これらの群に分類された事例は、それぞれ1事例のみであった。どちらの事例も複数の家族成員と同居し、家族仲もよく、孤立や生活困窮のよう

な問題は抱えていなかった。それぞれについて事例を示す。

[事例6] 72歳、調査協力者：義娘、臨床診断名：大うつ病性障害、無職、既婚（離婚）、子あり

小学校の頃から、母親に代わり家事やきょうだいの世話をしていた。父親が病弱で、母親が働きに出ていたためであった。中学卒業後、様々な仕事に就いたが、20代で結婚、退職。夫は家事を一切やらない人だったが、本人は家事も出産・育児も完璧にこなしていた。この頃から40代まで、胃部の異常な不快感を主訴とし、精神科に通院。不安神経症と診断される。

その後、子どもがある程度成長した40代後半時に、離婚に至った。離婚後は、地元で飲食店経営をし、生計を立てていた。経営が赤字のこともあったが、借金などの問題はなかった。この時期に、きょうだいの1人が自殺で亡くなっている。

亡くなる数年前、十数年続けた自分の店を閉め、住み慣れた土地から遠方に引っ越した。家族を、家事面で支えるためであった。家族から見た本人は、周囲の人間に気を使いすぎるほど気を使う人であったこともあり、家族関係は大変良好であった。一方、引越し後まもなく、本人の体重が10kg以上急激に減少。その頃から、自殺念慮について口にするようになった。その後、人間ドックで発見された身体病で手術を受けるも、術後は安定していた。しかし本人は不定愁訴や不眠をたびたび訴えており、様々な治療薬を試すも効果はなく、「身体が動かなくて大変」と横になる時間が日に日に増えていった。家族が旅行に出ていた連休中に、自室にて縊死。最期まで、家事は1日も欠かさず行っていた。

[事例7] 23歳、調査協力者：姉、臨床診断：大うつ病性障害、境界性パーソナリティ障害、アルコール乱用、無職、未婚、子なし

幼少期はおとなしく、手のかからない子どもであったというが、親からの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、全寮制の学校

に入寮。入寮中にリストカットが始まる。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るが、まもなくその男性が妻帯者（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、交際男性の妻からの嫌がらせ（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等）が始まり、本人は退職を余儀なくされた。その後も嫌がらせは続き、徐々に激しくなっていた。その頃から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中絶。この時期から自殺念慮を口にしていた。また同時期から、交際男性の妻からの本人に対するSNSによる誹謗中傷がいつそう酷くなり、急激な体重減少、自殺念慮、自傷行為が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、リストカットおよび噛み付いた痕があった。

2. 前方視的な心理学的剖検研究

a. 面接調査票の開発

質的研究に適しかつ女性の自殺実態を明らかにする上で必要であると判断された項目で構成された面接票を開発するため、既存の基礎調査で使用された面接票¹⁾を、改良した。面接調査票は、「調査の導入部分」、「ご本人とご家族に関する情報」、「自由な話し合いでの質問事項」、「特定の生活歴」、「身体的健康」、「心の健康問題」、「心の健康問題に対する援助希求」、「調査員による本人に対する精神障害の診断」、「補足的質問事項」、「ご遺族のサポートニーズ」、「生活出来事一覧表」、「ライフチャート作成用紙」のセクションから構成された。ライフチャート作成用紙には、事例分析のための出来事を記入するため、年(西暦年月日)、個人要因、環境(家庭内・家庭外出来事)、身体・精神状態(客観的情報・評価)、サポートおよび受診行動

の項目が設けられた。

b. 調査面接

東京都監察医務院の監察医 3 名に研究協力を依頼し、監察医が検案に立ち会った女性自殺既遂者事例の遺族に研究への協力依頼の冊子等を配布した。研究期間中に協力依頼セットを配布できたのは 10 例であった。研究期間内に、「協力してよい」、または「協力するかどうか検討する」という回答を得られた例は 0 例であった。

D. 考察

1. 既存事例の検討

本研究では、心理学的剖検の手法で収集された女性自殺既遂者事例のライフチャートに基づき、職業区分別にわが国の女性の自殺の背景にある「危険因子」や「保護因子」の複雑な相互影響と継時的推移のプロセスに関する試行的検討を行った。そのため、まず、(1) 全 14 事例の特徴について：対象とした 14 事例を、女性のライフコース別に理解するため、職業区分に基づき分類した上で表にまとめ、前年度調査で要検討課題とされた「家族の精神疾患等や自殺・自傷歴」、「ACEs（幼年期逆境体験）/トラウマ/親密な他者との離別・死別等」、「リプロダクティブ・ヘルス」の項目に準拠し、女性の自殺に関する特徴について整理、検討した。また、それをふまえ、(2) 事例検討：職業分類の各群において地域精神保健福祉の中で事例化しそうな 7 事例を提示し、自死に至るプロセスについて、具体的検討を行った。

それぞれについての考察を以下に示す。

(1) 全 14 事例の特徴について

概観してみると、本人のみならず、精神疾患の既往（4 例）や自殺既遂および未遂歴（5 例）、あるいは発達障害（2 例）など、家族が何らかの困難を抱えていたケースが多いことがわかる。また、ACEs（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)の既往も多い。

先行研究では、自殺の家族歴が、自殺や自殺企図のリスク因子になること²²⁾³⁰⁾、援助希求の阻害要因になりうること¹⁶⁾、悲嘆に暮れる人の自殺の閾値を下げること³⁴⁾、ACEs の既往はその後の自殺関連行動のリスクと関連し、その数が増えるほどリスクは高まることがわかっている⁶⁾。Peffer³¹⁾が、「自殺のリスクが高い子どもの背後には自殺のリスクが高い大人がいる」と指摘しているように、本研究においても、自殺リスクが高い人だけでなく、家族全体を包括的に支援する視点が欠かせないことが改めて確認されたといえよう。

また、困難を抱えていた家族と本人との続柄は、家族の精神疾患の既往や自殺既遂および未遂歴に関しては、両親、祖父母、きょうだいといった血縁の場合が 7 例、配偶者が何らかの困難を抱えていたケースは 1 例で、その場合も親の自殺既遂歴があった。また、本人が育児困難を訴えていた 2 事例には、その子どもに発達障害があった。

したがって、家族への包括的支援の中でも、ライフコースの早い段階での危険因子や保護因子に向けた「川上からのアプローチ」¹⁵⁾³⁵⁾が重要であること、かつ、育児困難事例を鑑みると、こうしたアプローチは子のみならず親の自殺予防にとっても保護的な役割を果たしうると考えられる。低所得の妊産婦への家庭訪問²⁴⁾²⁸⁾や、地域における日頃の母子保健活動による母親への育児支援、あるいは学校等をベースにした問題解決および援助希求スキル構築プログラムの提供²⁰⁾や、地域保健活動の自殺予防の観点からの再検討³²⁾等により、要支援者の早期発見、早期介入が必要である。

以上のように、家族関係は女性の自殺の大きな危険因子になりうるが、その一方で、保護因子となることもある。先行研究では、子があること、あるいは妊娠は、女性の自殺の保護因子であることが明らかにされている¹⁴⁾²³⁾²⁹⁾。本研究の事例でも、全 14 事例のうち 10 例が子なしであった。ま

た、子あり4例のうち2例は子の発達障害など子があることによるストレスが顕在化したケースであり、危険因子としても保護因子としてもリプロダクティブ・ヘルスが女性の自殺に大きな影響を与えていることがわかる。

リプロダクティブ・ヘルス関連問題としては、他にも結婚前の妊娠中絶経験が精神疾患発症の大きなきっかけとなっていたケース(1例)や、自死の1年以内に妊娠中絶していたケース(2例)、不妊や服薬のため妊娠出産を断念したケース(3例)などがみられた。こうした、妊娠中絶経験や不妊問題のある女性の自殺の実態については、日本ではほとんど把握されていないものの、諸外国では報告が散見される。それらによれば、中絶あるいは流産経験は、精神疾患発症のリスクや自殺、事故、殺人といった外因死等のリスクを上昇させる⁴⁾¹⁰⁾¹⁰⁾²⁵⁾。また、第一子不妊治療後に子を持つに至らなかった女性の自殺リスクは、子を持つに至った女性の2倍であった¹⁹⁾。

平成29年に再度見直しの行われた自殺総合対策大綱でも、特定妊婦のような妊産婦への支援の充実、妊娠・出産等に関するハラスメントの防止などが謳われている。しかし、不妊問題や妊娠中絶と自殺リスクの関係については、当事者の抑うつや不安といった精神健康上の問題が明らかになっているにも関わらず、これまでほとんど注目されてこなかった。

しかし、こうした問題に関わる保健医療従事者は、女性の精神健康上のリスクとリプロダクティブ・ヘルスの関連について正しく認識しておくべきであり、啓発活動など何らかの施策が講じられるべきであろう。たとえば、事例5のような精神疾患当事者の妊娠出産にはいまだ誤解が多く、支援者も当事者も出産を諦めるべきであると思込んでいることもある。しかし、実際の臨床では、周囲の人々の協力を得ながら出産し、子を育てる体制を構築して出産した方が、当事者の予後にとっても好ましいケースが決して少なくない。こうした知識の普及とともに、今後は、介入の際のポイントを見極めるためにも、リプロダクティブ・ヘルスに関連する女性の自殺の実態および予測因子等について、より科学的な手法を用いた研究調

査の実施が必要である。

ただし、リプロダクティブ・ヘルス関連問題を女性に特有なものとして強調することには、一定の注意も必要である。たとえば、不妊問題にも男性不妊のケースがあるように、不妊、流産、中絶、妊娠、出産、産褥期の経過からその後の育児に至るまで、本来ならば男性も関与する問題であるにもかかわらず、女性のみが責任や負担を感じさせられる傾向が未だ強く、本研究事例で女性が感じさせられていた負担感もそうした社会通念によるところが大きい。そうした構図を、リプロダクティブ・ヘルス関連問題を女性独自のものとしてのみ位置付けることにより被害を再生産しないよう注意するとともに、当該分野に関する一般対象の教育啓発によるアプローチも並行して行うなど、工夫が必要であろう。

最後に、14例の調査時臨床診断のうち、従来の基礎調査面接票の調査項目に含まれていない診断名は、解離性障害、身体表現性障害/疼痛性障害、パーソナリティ障害であった。今後これらは、量的調査の質問票の改訂時に追加されるべき項目として検討が必要である。

また、調査時臨床診断において興味深かったのは、女性本人のアルコール依存・乱用の事例が4例あったことである。27年度基礎調査では、男性の場合はアルコール関連問題およびDSM-IV診断によるアルコール依存がある割合が有意に高かったのに対し、女性ではこれらの項目について事例群と対照群でその経験割合や平均値に有意な差は認められなかった。一方、今回の事例に着目してみると、それぞれ、アルコール問題そのものの重症度は低いものの、他の問題と重なることで状況が悪化してしまったケースと考えられた。これまでの基礎調査でも、男性のアルコール関連問題と自殺に関して積極的な啓発活動やアルコール関連問題の治療や支援体制の強化と拡充の重要性について論じてきた¹⁾が、これらは女性の自殺対策の点でも重要な着眼点であり、依存症者家族としてのみならず、当事者としての女性の経験も考慮される必要がある。

一方、26年度基礎調査では、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

れたが、本研究では0例であった。理由として考えられるのは、以前の基礎調査に比べ、本研究の回答者における配偶者の割合が高かったため、本人が配偶者等の家族に開示していなかった場合に見逃された可能性である。摂食障害のような秘匿されやすい性質の問題と自殺リスクの関連を明らかにするには、前向き研究調査実施の検討等が必要である。

(2) 事例検討

事例における経時的プロセスの検討からは、特に、生活困窮の問題と ACEs との相互作用、就労問題とプロダクティブ・ヘルスおよび女性のアイデンティティ構築や居場所の問題、職場のメンタルヘルス対策における現行制度の限界などの、女性の自殺に関連すると思われるリスクや課題について明らかにされた。

まず、生活困窮の問題が見られたのは、非正規雇用者かつ単身世帯の一例（事例1）であった。この事例1では、身体的虐待を始めとする複数の ACEs の既往がみられた。ACEs や、人生早期に起こりうる他の危険因子（いじめ等）は、後の自殺や身体疾患、不定愁訴等に帰結することが知られている⁵⁾⁶⁾¹⁰⁾¹⁸⁾²¹⁾が、事例1でも、不定愁訴により仕事を長く続けることができず、生活困窮に陥っていた。また、幼年期のトラウマ体験は、信頼できる人間との安全で安定した人間関係を構築・維持する力の剥奪とも関係しており¹²⁾、同時に ACEs が起きる家庭で生育したということは、頼りにすることのできる安定した家族関係の不在を間接的に意味する。その結果、事例1では、家庭内不和のある実家から出つつ、不安定な体調でも就業できる場所として寮付きの性産業が選ばとられ、しかしそこで新たに蓄積されるストレス状況への自己治療あるいはトラウマ反応として処方薬乱用や解離性障害などに至り、身体的・精神的健康が損なわれ、就業できる場所が限られるという悪循環に陥っていた。さらに、生活困窮の中で、実家や配偶者など、頼ることのできる家族もなく、しかし積極的な援助希求を行うための情報や体力、そして最低限の他者への信頼というリソースを得られないまま自死に至った様子が伺われた。

このような ACEs の関わるケースでは、前述のように、「川上からのアプローチ」が自殺リスクの軽減にはまずは有効であろう。

一方、事例1では、精神科に長い相談歴があり、過量服薬の際には病院へ救急搬送されていたが、生活保護の相談などの生活支援にはつなげられていなかった。また、全14例中13例が何らかの精神保健医療機関に相談しており、自殺企図歴も多く救急搬送までされていたケースも少なくないが、最終的には自死に至っていた。事例1のような、本人からは支援につながりにくく、支援関係の構築や維持が容易でないケースにおいても、適切な介入がなされるよう、今後救急医療および精神保健医療、関連諸機関との十分な連携や介入システムの整備が急務である。

他方、今回の事例では、全14事例中、正規雇用者はわずか1例、無職者が9例であったにもかかわらず、生活困窮が自殺リスクと関わりと考えられた事例は1例のみであった。これは、女性の場合、本人の収入が主な収入源ではないケースが多々あり、経済的状況は生育環境や婚姻による家族の収入に依存しているためと考えられる。したがって女性に関しては、非正規雇用者や無職者であることが即生活困窮による生きづらさ、という図式を単純に描くことはできない。

しかしそれは、自死に至った女性が就労に関する問題を抱えていなかったことと同義ではない。たとえば事例2では、自死に先立つこと2ヶ月前に失職後、家計的には全く必要がなかったにもかかわらず、焦るようにすぐに再就職し、新職場は本人にとってストレスの多い環境であったにもかかわらず仕事を続けようとしていた。事例4では、本人が「自分は仕事をしていない、子どももいない、人生って何だろう。何を目指して生きればいいのか」と口にし、苦悩する様子が見られた。事例6では、亡くなる数年前、家族の家事手伝いのために、十数年続けた自らの店を閉めた直後から、自殺念慮と急激な体重減少が起きていた。他にも、死に先立つ転職、配置換え、失業、キャリアの挫折などによって、抑うつ状態の悪化など何らかの影響を受ける事例が少なからず見受けられた。

いずれの事例でも、就労問題は経済上の問題で

はなく、自己の有用感、効力感あるいはアイデンティティや居場所の確認の問題であることが伺われた。

また、女性の場合、結婚や妊娠、出産、育児といった再生産労働への従事を機にした退職、逆に出産に備えた就職や転職など、就業とリプロダクティブ・ヘルスが密接に関わっているのが特徴である。たとえば事例4では、結婚退職後に不妊の問題に直面するも、復職は難しく、家事以外に何らかのやりがいや社会的な役割を持てる居場所がなくなってしまっていた。

こうした事例に対する社会全体の自殺リスクを低減するための社会的取組としては、まず女性の継続就業を促すための仕事と家庭の両立支援や、復職支援制度の充実等が求められよう。

ただし注意が必要なのは、両立支援制度があったとしても、むしろ、そうした社内制度が整備されればされるほど、性別役割分業が強化され、かつ生産労働と再生産労働の両方を担うために女性の負担が増える可能性である。その場合、そうした働き方に適応できない女性は「自主的に」退職を迫られる。本研究事例でも、女性が退職や無職に至る継時的プロセスを検討してみると、ACEsに起因すると思われる不定愁訴や、人間関係、集団行動への疲れやすさ（事例1）、通勤電車でのパニック発作（事例2）、うつに伴う疲労感、倦怠感（事例4）、精神疾患（事例5）等により、女性たちは就業を試みるが、ストレスを抱え挫折していたり、就業の継続に自信を失ったりしていた。その結果、単身世帯の場合は生活困窮へ至り、同居世帯の場合は、生活困窮はないが、やりがいやアイデンティティの喪失、社会からの孤立へと追い込まれる構造に至っていた。このようなケースにおいて必要とされるのは、おそらく、両立支援制度の整備ではない。

それに対し、事例6では、不定愁訴や子の独立後の空の巣症候群³⁾、孤独感²⁶⁾のような危険因子がありつつも、離婚後の飲食店経営という働き方が重要な保護因子になっていた可能性が伺われた。この場合は、自身で小さな店を営むことで、不安定な体調にあわせつつ、家族のような閉じられた濃密な人間関係における従属的位置ではなく、

地域の弱い紐帯の中で他者との接点を持ち、自らの裁量によって社会的役割を成し遂げることができるとして、店という空間が機能していたと考えられる。こうしたケースに必要なのは、ケアをただ受け入れる客体となるのではなく、社内制度の整備により「人並み」の働きができることを目指すことでもなく、主体的に自分だけの苦勞³³⁾を重ねる権利を地域の人々に支えてもらうことであり、そのための雇用を含めたコミュニティの創出であろう。

女性の、就労からの疎外、あるいは就労および出産、育児といった再生産労働からの同時的な疎外によるアイデンティティや居場所の喪失等の問題と、自殺リスクとの関連については、本事例からだけでは不明確なことも多い。しかし、26年度基礎調査でも、死亡時の職業に関する比較で、男性の73.4%がなんらかの職に就いていたのに対し、女性の場合は32.1%であり、男女間で有意な差が認められていた ($p < 0.001$)。これは一般人口の就業率の男女差と比較しても大きな差である。この点に関して、今後、更なる検討を視野に入れる必要がある。

これまで、中高年男性の就労関連問題と自殺の関係およびそれらへの対策については、ある程度検討が重ねられてきた。新大綱でも、職場におけるメンタルヘルス対策の推進が謳われ、過労死対策、ストレスチェック制度の導入、各種ハラスメント対策などによる職場環境の改善のほか、失業者や、経営の危機に直面する中小企業経営者に対する相談事業等が挙げられている。女性の自殺予防の観点でもそうした対策の拡充はもちろん重要であり、安全衛生管理体制の整備された事業場で「男性並み」の働き方をする女性には有効である。ただしこれらの対策は、一方で、徐々に変化を見せているとはいえまだ大企業中心主義的、男性中心主義的な就労の捉え方に基いている。そして、本研究の事例のような就労をめぐる女性の経験は不可視化されている。しかし、今後の自殺対策には、「就労とジェンダー」の視点は不可欠であり、介入も、前述のようなそれをふまえたものである必要がある。

また、現代における社会の流動化²⁾に伴い、社

会的な孤立を防ぐため、今後ますます雇用を含めた新しいコミュニティの創出に関する長期的見通しが必要とされる。将来的には雇用形態も就業の場も多様化していくことが予想されるが、そうした変化に対応し、「職場における自殺予防」のあり方にも再検討が求められるだろう。

2. 前方視的な心理学的剖検研究

本調査は、研究期間内に女性自殺既遂者の遺族より調査協力を得ることができず、実施できなかった。従来の基礎調査と比較して、調査依頼の場所やタイミング、調査依頼セットの内容物等に大きな変更はなかった。従来の基礎調査の中止に伴い、それまでの調査依頼体制が一度白紙に戻り、29年度より改めて小規模体制で再開されたことや、調査依頼の期間を十分に設けることができなかったため、調査依頼セットの配布数が10部にとどまったことが要因として考えられる。十分な調査依頼期間の確保、調査依頼体制の再構築が今後の課題として残された。一方、調査実施には至らなかったものの、質的研究に適しかつ女性の自殺実態に即した面接票が開発されたことには一定の意義がある。

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。それに対し、本研究では、自殺事例の質的分析により、自殺に至るまでのプロセスにおける「危険因子」と「保護因子」の複雑な相互作用に関する検討が実施された。

事例は、地域精神保健福祉の中で事例化しそうなものを取り上げた。これらの結果を単純に一般化することはもちろん難しく、限界も多い。しかし、今後の女性の自殺対策の取組を検討するための基礎資料として、一定の価値があると考えられる。

一方、前方視的な新たな心理学的剖検研究については、研究期間内に女性自殺既遂者の遺族より調査協力を得ることができなかった。

今後は、(1)より詳細な質的調査により、女性の自死に至る経緯におけるマクロな定量的分析では明らかにし難い側面について検討され明示されること、(2)自殺事例の臨床類型と関連要因ならびに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目的とした量的調査を実施する際に使用する質問票の改訂、(3)自殺者の精神保健的・心理社会的背景や特徴に応じた自死遺族支援のあり方について検討することが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kodaka M, Matsumoto T, Takai M, Yamauchi T, Kawamoto S, Kikuchi M, Tachimori H, Katsumata Y, Shirakawa N, Takeshima T, Exploring suicide risk factors among Japanese individuals: The largest case-control psychological autopsy study in Japan, *Asian Journal of Psychiatry*, Elsevier, 27, pp123-126, 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.

Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, Yamauchi T, Kawano K, Fukunaga T: Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Japanese journal of clinical oncology* 47 (5): 458-462, 2017. Manami Kodaka, Emi Hikitsuchi, Michiko Takai, Sumie Okada, Yasue Watanabe, Kiyoko

- Fukushima, Mitsuhiro Yamada, Masatoshi Inagaki, Tadashi Takeshima & Toshihiko Matsumoto: Current Implementation of and Opinions and Concerns Regarding Suicide Education for Social Work Undergraduate Students in Japan: A Cross-Sectional Study. *Journal of Social Work Education* 53(4): 1-15, 2017.
- 松本俊彦: 思春期の問題行動～自傷行為の理解と援助～. *日本女性医学学会雑誌* 24(2): 189-193, 2017.
- 松本俊彦: ライフコースと自傷. *日本社会精神医学学会雑誌* 26(2): 134-141, 2017.
- 松本俊彦: リストカットなどの反復性自傷-思春期の嗜癖行動. *児童心理* 2017年10月号臨時増刊 1048, 112-1
- 松本俊彦: 12 ト라우マと自傷・自殺. *情動学シリーズ* 8 情動とトラウマ. 奥山紀子, 三村 将編: 朝倉書店, 東京, pp164-177, 2017.
- 松本俊彦: column12 自傷する子どもの支援のために. 事例解説 子どもをめぐる問題の基本と実務. 第二東京弁護士会 子どもの権利に関する委員会 編: 青林書院, 東京, pp273-274, 2017.
- 松本俊彦: 薬物依存. 1336 専門家による 私の治療 2017-2018 年度版 監修: 猿田享男 北村惣一郎, 日本医事新報社, 東京, pp1646-1648, 2017.
- 松本俊彦: 講義 05 アディクション (依存症). ころの医学入門 医療・保健・福祉・心理専門職をめざす人のために, 中央法規, 東京, pp51-61, 2017.
- 松本俊彦: 講義 09 ト라우マとこころの臨床. ころの医学入門 医療・保健・福祉・心理専門職をめざす人のために, 中央法規, 東京, pp96-105, 2017. 19, 2017.
2. 学会発表
- Kodaka M, Matsumoto T, Takai M, Yamauchi T, Kawamoto S, Kikuchi M, Tachimori H, Katsumata Y, Shirakawa N, Takeshima T, "Suicide risk among individuals who verbally express their own death: A case-control psychological autopsy study in Japan", The 29th World Congress of the International Association for Suicide Prevention, Sarawak, Malaysia, July, 2017.
- H. 知的財産権の出・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
 2. 実用新案登録
 3. その他
- I. 引用文献
- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 平山正実, 亀井晶子, 竹島正: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2010; 45: 104-118.
 - 2) Bauman Z, *Liquid Modernity*. Polity Press. 2000. 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; 195:459-460.
 - 3) 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; 195:459-460.
 - 4) Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry*. 2011; 199(3):180-186.
 - 5) Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013; 37(9):664-674.
 - 6) 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.
- 7) 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.
 - 8) 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.
 - 9) Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47(1):16-24.
 - 10) Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ.* 1996; 313(7070):1431-1434.
 - 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) Harvey MR. An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *J Trauma Stress.* 1996; 9(1):3-23.
 - 13) Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-1381.
 - 14) Høyer G, Lund E. Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50(2):134-137.
 - 15) Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ.* 2005; 12(2):9-25.
 - 16) Jordan JR, McIntosh JL. (Eds.). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors.* Routledge. 2011.
 - 17) 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.
 - 18) 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.
 - 19) Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Kjaer SK. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Hum Reprod.* 2011; 26(9):2401-2407.
 - 20) Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J, Ji P, Vuchinich S, Flay BR. Effects of Positive Action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health.* 2013; 53(6):706-711.
 - 21) 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.
 - 22) Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry.* 2010; 25(5):268-271.
 - 23) Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch

- CS, Portera L, Hartwell N, Iqbal MI. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(1):122-123.
- 24) Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013; 8(10):e78185.
- 25) Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(4):239-247.
- 26) 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.
- 27) 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.
- 28) Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986; 78(1):65-78.
- 29) Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000; 177(6):546-550.
- 30) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002; 360(9340):1126-1130.
- 31) 高橋祥友訳:死に急ぐ子供たち—小児の自殺の臨床精神医学的研究. 中央洋書出版部, 1990. (=Pfeffer CR. The suicidal child. Guilford Press, 1986)
- 32) 竹島正, 山内貴史:地域が若年層の自殺とどう向き合うか—地域に求められる取り組みとは—. *月刊地域医学* 2013 ; 27 (6) : 483-486.
- 33) 浦河べてるの家:べてるの家の「非」援助論. 医学書院, 2002.
- 34) Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010; 117(2):575-600.
- 35) World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. 2014.