



[原著]

地方自治体における自殺未遂者支援事業の役割 --- 二次データ分析を用いた検討 ---

氏原将奈

淑徳大学看護栄養学部看護学科

要旨

地方自治体が把握した自殺未遂者の属性や保健師の対応について既存の資料を分析し、自治体における自殺未遂者支援事業の役割について検討することを目的とした。その結果、以下の知見が得られた。自治体は、自殺既遂に至りやすい属性である男性、中年層、無職といった自殺未遂者を多く把握し、対応する役割があることが示唆された。自殺未遂者は平均3個の背景要因を抱えており、一般精神保健相談と異なって地域住民や本人等の直接的な経路でなく、関係機関からの把握が多かった。行政保健師は、単一機関では対応が困難な、複数の背景要因を抱えた自殺未遂者について、自殺の再企図を予防するため、背景要因に応じた専門機関につなぐ自殺未遂者対応を行っていた。そのため、自治体は従来では連携していなかった弁護士や国保年金関係課、ハローワークといった法律・経済・就労部門の専門機関と連携し、対応する役割があることが示唆された。

キーワード：地方自治体、自殺未遂者支援、行政保健師

1. 緒言

わが国の自殺者数は1998年に急増し、14年連続で3万人を超えていたが、2012年に3万人を下回り、2019年の自殺者数は20,169人であった¹⁾。しかし依然として交通事故死者数の6倍以上であり、1日に換算すると、約55人が自殺既遂に及んでいる。このような状況を打開するため、2000年に「健康日本21」の中で自殺対策が国の課題として初めて取り上げられ、2006年に自殺対策基本法が制定され、国レベルで自殺対策に取り組む機運が醸成された²⁾。自殺はその背景に経済・生活問題、家族や職場問題など様々な社会的・環境的要因に加え、精神疾患などの健康問題を含む多様な危険因子が存在し、これらが相互に複雑に作用して起きると言われている³⁾。自殺の危険因子として①自殺未遂歴、②精

神障害、③サポートの不足、④性別、⑤年齢、⑥喪失体験、⑦性格、⑧他者の死の影響、⑨事故傾性、⑩児童虐待が挙げられている³⁾。その中でも、特に自殺未遂歴は将来的に自殺既遂に至る可能性が高いことが指摘されている⁴⁾。

自殺未遂者の現状に関する報告は多く、対応の必要性も指摘されている。自殺未遂者数は自殺既遂者数の約10倍程度に及ぶという推計があり³⁾、2018年の日本の自殺既遂者のうち、男性では14.5%、女性では29.6%に自殺未遂歴があることが分かっている⁵⁾。WHOは、自殺予防に有効な公衆衛生学的介入の一つとして「自殺未遂者のフォローアップ」を掲げている⁶⁾。日本においても、2013年に改訂された自殺対策大綱に「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」と明記され⁷⁾、国レベルでの自

連絡先： 氏原将奈
〒260-8703 千葉県千葉市中央区仁戸名町673
淑徳大学看護栄養学部看護学科
TEL：043-305-1881
Email：masana.ujihara@soc.shukutoku.ac.jp

2020年12月8日受付
2021年8月26日受理

自殺未遂者対応が重要視されている。

では、自殺未遂者の把握と対応はどのようになされているのであろうか。三宅は、「自殺未遂者は多くの場合、救急医療機関に搬送される」と述べている⁸⁾。そのため、自殺未遂者は救急医療機関で把握され、救急医療機関から対応に関する報告もなされている。Fleischmann は、自殺未遂者に対し「お元気ですか」、「必要なものは何ですか」という声かけを中心に、18ヶ月間に10分程度の面接を15回行った介入群と、非介入群を比較した研究を行い、介入群の死亡率は約2分の1、自殺による死亡率は約6分の1を示し、救急医療機関退院後の支援の有効性を示唆する結果となった⁹⁾。日本では、救急医療機関に搬送された患者に対し、6ヶ月間のケースマネジメントを行った群は、対象群に比べて自殺再企図割合が有意に減少したという報告がある¹⁰⁾。しかし、これらの報告は主に救急医療機関での自殺未遂者対応に関する研究であり、退院後の長期的な予防効果は不明である。

退院後、自殺未遂者は地域に戻るため、地域での自殺未遂者対応が重要である。川野は自殺未遂者の再企図予防について「地域資源を利用した社会復帰がゴールである」として、身体的治療と精神医療の導入に加え、家族も含めた多様な支援が必要であると述べている¹¹⁾。近年では、地方自治体(以下、自治体)が自殺対策緊急強化基金を受け、自殺未遂者対応に取り組み始めており、徐々に報告されている。山梨県の「ライフコーディネーター派遣事業」では、救急医療機関に搬送された自殺未遂者に対して外部支援者であるライフコーディネーター(保健師)を派遣し、救急医療、急性期医療を経て退院し、地域生活に戻る過程の中で、自殺再企図防止ケアを実施している¹²⁾。また、大阪府は「いのちの相談支援事業」と称し、警察が把握した自殺未遂者で同意が得られた対象者に自治体の相談窓口を紹介し、保健師が中長期的な支援を展開する体制を作った¹³⁾。このように、地域においては保健師が自殺未遂者の対応を実践している。

では、一般に保健師はどのような役割を持っているのだろうか。自治体に所属する行政保健師(以下、保健師とする)は、地域において住民の生活問題や健康課題と向き合い、解決に必要な資源に結びつける役割を持つ¹⁴⁾。2006年の障害者自立支援法施行(2013年に障害者総合支援法に改題)により、自治体が自立支援計画を立て、精神障害者福祉サービスや訪問看護等を組み合わせ、地域での見守りを行う体制が整備された。地域精神保健福祉活動の基本的な考え方は「地域社会で発生したいろいろな精神保健福祉上の問題を、その地域社会全体の人々の活動によって解決していく」ことである。1990年の厚生省健康政策局計画課長通知による地域保健医療計画作成の手引きによると、保健師は医療機関・デイケア・福祉事務所・児童相談所・福祉ホーム・授産施設・学校等教育機関・家族会・断酒会などの民間団体・自治会や婦人会・民生委員など、保健医療福祉分野を中心に連携して対応していくこととしている。自殺未遂者対応では、保健師は「自殺は避けられる死である」という認識に立ち、精神的な視点に加え、さまざまな組織や人々の協力による取り組みが求められている¹⁵⁾。「多様な機関と連携し、自殺未遂者を(関係機関に)つなぐ」、「自殺未遂者と信頼関係を築きながら、支援段階に応じた柔軟な関係を作る」など、保健師が関係機関と連携した自殺未遂者支援事業も報告されている¹⁶⁾。

上記のように自治体が自殺未遂者を把握し、保健師が関係機関と連携して対応する自殺未遂者支援事業が取り組まれている。しかしながら、自治体が把握した自殺未遂者がもつ特徴や、事業の役割について統計的に検討した研究は見当たらない。したがって、自治体が自殺未遂者対応を行うことの効果や意義などの評価について、検証することが困難な状況である。

よって本研究では、自治体が把握した自殺未遂者への保健師の対応に焦点を当て、自治体における自殺未遂者支援事業の役割について検討することを目的とする。自殺未遂者というハイリスク集団への自治体の

役割について検討することは、公衆衛生上必要な観点であり、今後の自殺未遂者対応に関する後続研究の基礎となる。

II. 研究目的

自治体が把握した自殺未遂者の属性や保健師の対応について既存の資料を分析し、自治体における自殺未遂者支援事業の役割について検討することを目的とする。

III. 方法

1. 用語の定義

1) 地方自治体

本研究では主に市町村単位の地方公共団体を指し、本文中は自治体と記載する。

2) 行政保健師

市町村に所属する保健師とし、本文中は保健師と記載する。

3) 自殺未遂者

精神科救急医療ガイドラインでは「自ら死ぬことを念頭に行われた行為(自殺企図)の結果、死に至らなかった者」である¹⁷⁾。本研究における自殺未遂者のデータは、既存の報告書を分析しているが、報告書に自殺未遂者の定義はない。よって本研究では便宜的に「自殺未遂者」と認識され、保健師の把握に至った者とする。

2. 分析資料

本研究では、利用可能な形で公表されているデータで、以下の資料を利用する。

1) 「東京都荒川区自殺未遂者調査研究事業報告書」¹⁸⁾

東京都荒川区は、東京都「自殺対策緊急強化基金」事業の一環として、NPO 法人自殺対策支援センターライフリンクと協力して自殺未遂者調査研究を行い、報告書を作成した。自治体が関係機関等から把握し、保健師が対応した自殺未遂者について報告されているものは、2015年12月時点でこの報告書のみであったため、先駆的な報告書といえる。また、その後も本資料のように自殺未遂者への自治体の対応について、データや事例を用いて詳細に報告した資料はないため、本研究の分析資料とした。報告書の調査期間は2010年から2012年3月で、自治体が様々な関係機関より把握した

自殺未遂者32名の属性(性別、年齢、職業、同居家族、結婚歴、最終学歴等)が記されている。報告書では、自殺未遂者が自殺を企図するに至った背景にある悩みや問題を自殺未遂の「背景要因」と表現しており、小分類から成り立つ7つの大分類(家族問題、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、学校問題、その他)で構成されている(表2)。また、報告書の元データが研究分析用として一部公開されており、それを利用した。なお、事例数が32例と限られていること、事例は全て荒川区に住民票のある者であることから、属性には偏りが生じている可能性がある。

2) 「自殺未遂者支援事業報告書-高度救命救急センターにおける自殺未遂者支援の状況-」¹⁹⁾

自治体の自殺未遂者支援事業で把握した対象と、救急医療機関が把握した対象を比較する目的で、本資料を選定した。本資料は2006年1月から2009年12月までの48ヶ月間に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院した自殺未遂者392名について、カルテ記載内容を後方視的に調査し、自殺未遂者の属性(性別、年齢、職業、同居家族、精神科等通院歴、自殺企図手段等)を記した報告書である。本研究では1)において荒川区と日本医科大学付属病院が連携して自殺未遂者支援事業を実施していることから、1)と2)の地域性が似ていることを考慮し、かつ対象人数も十分であるため、この資料を分析対象とした。しかし、全国的な調査ではないことは本資料の限界である。

3) 「厚生労働省自殺の統計-地域における自殺の基礎資料-」²⁰⁾

自殺未遂者支援事業で把握した対象と、自殺既遂者の属性を比較する目的で本研究を選定した。厚生労働省ホームページにおいて、住居地ベースや発見地ベースで自殺既遂者の属性(性別、年代、職業、同居家族、自殺企図手段、過去の自殺未遂歴等)が公表されている。本研究では、1)及び2)の地域性を考慮にいれ、東京都荒川区の2009年から2011年の住居地ベースの自殺既遂者の属性を分析することとした。

4) 「福岡市保健所における精神衛生相談の統計的観察」²¹⁾

自殺未遂者に特化した事業で把握した対象と、一般的な精神保健相談で対応した対象との把握経路の差異を見ることで、自殺未遂者支援事業の役割を考察する目的で、本資料を選定した。本資料は福岡市における精神衛生相談の実情を調べ、内容を分析し、問題点を検討した研究である。福岡市の保健所が1978年～1979年に対応した新規の精神衛生相談645名の診断名や把握経路、主訴、処遇、相談回数等が報告されている。保健所における一般精神衛生相談の内容を詳細に記述した資料としては他に存在せず、かつ対象人数も十分であることから、本資料を選定した。しかし、データ収集地域が福岡市であることから、先の1)～3)の資料とは地域性が異なること、データ収集期間が古いことは大きな偏りであるため、分析には対象の把握経路のみを利用した。

3. データ収集及び分析方法

1) 「東京都荒川区自殺未遂者調査研究事業報告書」から以下のデータを属性とし、『自治体が把握した自殺未遂者』とする¹⁸⁾。

自殺企図時のデータとして「性別」、「平均年齢」、「年代」、「職業」、「同居家族」、「結婚歴」、「最終学歴」、「精神科等通院歴」、「被虐待歴」、「把握経路」、「自殺企図手段」、「過去の自殺未遂歴」、「精神科診断名」、「収入状況」、「自殺未遂の背景要因(複数回答)」「自殺未遂者が抱えた背景要因(大分類)数」を属性とする。なお、「自殺未遂の背景要因(複数回答)」は小分類を複数計上したものを大分類として表記する。

自殺企図後概ね1ヶ月経過後のデータとして「精神科診断名」、「収入状況」、「対応継続」、「自殺再企図」、「自殺未遂者をつないだ機関(重複有)」を属性とする。

2) 「自殺未遂者支援事業報告書-高度救命救急センターにおける自殺未遂者支援の状況-」から以下のデータを属性とし、『救急医療機関が把握した自殺未遂者』とする¹⁹⁾。

「性別」、「平均年齢」、「年代」、「同居家族」、「職業」、「精神科等通院歴」、「自殺企

図手段」、「精神科診断名(企図後)」、「生活保護受給」、「過去の自殺未遂歴」を属性とする。

『自治体が把握した自殺未遂者』と『救急医療機関が把握した自殺未遂者』との属性比較を行う。比較の分析には χ^2 検定、「平均年齢」の比較分析にはt検定を用いた。

3) 「厚生労働省自殺の統計-地域における自殺の基礎資料-」から以下のデータを属性とし、『自殺既遂者』とする²⁰⁾。

「性別」、「年代」、「職業」、「同居家族」、「自殺企図手段」、「過去の自殺未遂歴」、「自殺未遂の背景要因」を属性とする。

『自治体が把握した自殺未遂者』と『自殺既遂者』との属性比較を行う。比較の分析には χ^2 検定を用いた。

4) 福岡市保健所における精神衛生相談の統計的観察から「把握経路」を属性とし、『一般精神保健相談』の「把握経路」とする²¹⁾。

『自治体が把握した自殺未遂者』と『一般精神保健相談』の「把握経路」の比較を行う。比較の分析には χ^2 検定を用いた。

5) 『自治体が把握した自殺未遂者』の保健師による対応前と対応後で、「生活保護受給」と「精神科受診歴」の属性に変化が生じていた。これらの属性について比較を行う。比較の分析には McNemar 検定を用いた。

4. 倫理的配慮

公表されたデータを使用しているため、倫理的配慮は発生しない。なお、本研究は首都大学東京(現東京都立大学)の修士論文の一環として行ったものである。

IV. 結果

1. 『自治体が把握した自殺未遂者』の属性
「東京都荒川区自殺未遂者調査研究事業報告書」から、自殺未遂者32名の属性を『自治体が把握した自殺未遂者』として

表1に示した。なお、自殺企図時の属性は表1-1、1-2に示し、自殺企図後概ね1か月経過時点の属性を表1-3に示した。自殺企図をした背景要因の分類については表2に示した。

2. 『救急医療機関に搬送された自殺未遂者』との属性比較

『自治体が把握した自殺未遂者』と『救急医療機関に搬送された自殺未遂者』の属性について、 χ^2 検定及び t 検定による比較を行った結果を表 3 に示す。『自治体が把握した自殺未遂者』は『救急医療機関が把握した自殺未遂者』と比較して、「性別」では男性を有意に多く把握していた ($p < 0.05$)。また、「年代」では 40 代以上の把握が有意に多く ($p < 0.01$)、「職業」では無職者の把握が有意に多かった ($p < 0.05$)。また、「平均年齢」について t 検定を行ったところ、 $t = 3.297$ で、『自治体が把握した自殺未遂者』は『救急医療機関に搬送された自殺未遂者』と比べて、年齢が有意に高い自殺未遂者を把握していた ($p < 0.01$)。

3. 『自殺既遂者』との属性比較

『自治体が把握した自殺未遂者』と「厚生労働省自殺の統計-地域における自殺の基礎資料-」から得られた『自殺既遂者』の属性について、 χ^2 検定による比較を行った(表 4)。『自治体が把握した自殺未遂者』は『自殺既遂者』と比較して、「自殺企図手段」 ($p < 0.01$)。及び「過去の自殺未遂歴」 ($p < 0.01$) に有意な差があった。

4. 『一般精神保健相談』の「把握経路」との比較

『自治体が把握した自殺未遂者』と『一般精神保健相談』の「把握経路」を比較した(表 5)。『自治体が把握した自殺未遂者』の「把握経路」は、『一般精神保健相談』の「把握経路」と比較して有意に関係機関からの把握が多かった。 ($p < 0.01$)。

5. 『自治体が把握した自殺未遂者』の対応前後の属性比較

対応前と対応後で、変化が生じた属性について、McNemar 検定を行った(表 6)。なお、対応後とは自殺企図をした日から概ね 1 ヶ月経過後の対応の結果である。対応前の「生活保護受給」は有 10 名(31.3%)であったが、対応後は有 17 名(53.1%)に増加しており、有意に「生活保護受給」が有る者が増加していた ($p < 0.05$)。また、対応前の「精神科等通院歴」は有 19 名(59.4%)であったが、対応後は有 28 名(87.5%)に増加しており、有意に「精神

科通院歴」が有る者が増加していた ($p < 0.01$)。

V. 考察

1. 自治体が把握した自殺未遂者の属性に関する考察

本研究で『自治体が把握した自殺未遂者』は、『救急医療機関が把握した自殺未遂者』と比較し、有意に男性、40 代以上、無職の人々を把握していた。しかし、これらは自殺既遂者の属性とは有意差が認められなかった。高橋³⁾は、自殺既遂の危険因子として性別を挙げ、男性が女性より自殺既遂に至る可能性が高いと指摘し、特に男性において 40 歳~50 歳代で自殺既遂のリスクが高まると述べている。以上のことから、自治体は、自殺未遂者の中でも特に自殺既遂に至りやすい男性、中年期、無職といった属性をもつ人々を把握し、支援につなげていることが推察された。

2. 保健師の自殺未遂者対応に関する考察

本節では保健師が自殺未遂者のどのような属性を聴取し、どのような機関につなげているかという観点から、保健師による自殺未遂者対応について考察した。

1) 自殺未遂者の背景要因に応じた保健師の包括的な対応

把握経路においては、『一般精神保健相談の把握経路』は、家族、本人、近隣住民等の「直接」が半数以上を占めていたことに対し、『自治体が把握した自殺未遂者』では、「直接」は約 20%に留まり、関係機関からの把握が約 80%であった。関係機関は、連携先の医療機関等が最も多く、次いで同じ市内の生活保護担当課であった。日常業務の中で生活保護受給者が自殺未遂をした際に医療券の発行等事務作業があり、結果として生活保護ケースワーカーが自殺未遂の事実気づき、受給者を保健師につないでいるという経路があると考えられる。

では、これらの関係機関がなぜ保健師につながるのか。医療機関では病気の治療や看護、生活保護担当課では生活保護受給に関する業務があり、自殺未遂者の健康問題や経済・生活問題に対応できる機関と言える。

しかしながら、背景要因を複数抱えるような自殺未遂者は単一機関では対応ができない。そこで、保健師につながることで、その者の背景要因に応じた対応を包括的に行うことが可能になると考えることができる。2) 長期的な対応の中で、生育歴や社会背景を聴き取る保健師の役割

『自治体が把握した自殺未遂者』は、平均すると一人あたり3個の背景要因を抱えており、最大で7個の背景要因を抱えている者が一名いた。保健師は自殺未遂者対応をする中で、自殺未遂に至った背景要因を複数聞くことができ、その背景要因に応じた対応をすることが出来ていると考えられる。『自治体が把握した自殺未遂者』に特有の属性で、『救急医療機関が把握した自殺未遂者』や『自殺既遂者』の資料には載っていないものが「被虐待歴」、「最終学歴」、「結婚歴」であった。『救急医療機関の自殺未遂者』の平均在院日数は8.16日であり、被虐待歴等の生育歴の詳細を聴取することなく退院してしまう可能性がある。自殺既遂者に関しても、既存のデータでこれらの属性を聞いている統計はない。高橋は自殺の危険因子の一つとして児童虐待を挙げている³⁾。保健師は地域において自殺未遂者と関係を構築する中で、被虐待歴等の自殺のリスクを査定するために必要な生育歴を聴取することを可能にしている。「最終学歴」や「結婚歴」は、社会的な背景から自殺のリスクを査定し、その後の就職や生活のサポート、専門機関へつなげることに重要な情報である。保健師は自殺未遂者を中長期的に対応していく中で、対象の生育歴や社会背景を詳細に聞き取り、専門機関へつなぐ役割を果たしているのではないかと。

3) 自殺未遂の背景要因に応じた多様な機関へつなぐ連結部分の役割を担う保健師

では、保健師は自殺未遂者を具体的にどこへつなぐのか。最も多かったのが行政機関であり、庁内外の行政ネットワークによる連携が働いている。保健師は、保健・医療・福祉・産業等の関係者と連携し、効果的な保健活動を推進する必要がある¹⁵⁾、そのネットワークを活かしている。表6が

示すように、対応前後の属性変化においては、生活保護受給者が有意に増加しており、保健師は経済苦を抱える自殺未遂者を生活保護担当課につなげる役割を担っていた。また、自殺未遂者を国民健康保険(年金)課につないでいることも明らかとなった。これは、自殺未遂者が経済的負担を抱えている場合に、国民健康保険料の減額制度や入院医療費助成、障害年金等の手続きにつないでいると考えられる。

弁護士やハローワークにつないでいるというデータも得られ、自殺未遂者が抱える就労問題や債務問題に対し、多様な機関と連携していた。保健師による一般的な精神保健業務において、弁護士やハローワークと連携することは少ない。厚生労働省が実施した「第6回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」資料によると、保健所や市区町村は、精神障害者が長期的に地域で生活できることに重点を置き、日常的な生活をサポートしている²²⁾。しかし、自殺未遂者対応では、自殺の再企図を予防するため、背景要因に応じた専門機関につなぐ役割が大きい。そのため、一般精神保健相談では連携していなかった弁護士や国民健康保険(年金)課、ハローワークといった法律・経済等の専門機関と連携しているのではないかと。

Shneidman²³⁾は、「自殺未遂者は自殺をするしかないという視野狭窄に陥る」と述べている。また、岡田²⁴⁾は自助や互助の機能が不十分な者には、サービスとの連結部分への支援が必要であるとして、生活に寄り添い、一緒に問題解決のために動く伴走機能が重要だと述べている。本研究では、背景要因を複数抱え、視野狭窄に陥ることで相談に行く意欲が低下している、または専門機関自体を知らない者が自殺未遂をした時に、保健師が包括的に背景要因に応じた専門機関につなげ、視野を広げていると言える。保健師は、自殺未遂者と専門機関の間に立つことで連結部分の役割を担い、自殺未遂者対応をしていることが示唆された。

3. 本研究の限界

自治体が把握し、保健師が対応した自殺

未遂者のデータが公表されているものは限られており、分析することの研究的意義は大きいと考える。しかしながら、一地方自治体に留まった自殺未遂者のデータを利用していることは、本研究の限界である。また、分析に利用した資料はⅢ-2 で述べたように地域性やデータ収集時期に偏りがあることも限界である。倫理的な課題が大きく、自治体が把握した自殺未遂者のデータを研究者が直接収集することができなかったが、今後はより多くの地方自治体からデータを収集し、同様の知見が得られるか、検証を重ねていく必要があると考えられる。

VI. 結論

本研究は自治体における自殺未遂者支援事業の役割を検討するため、『自治体が把握した自殺未遂者』について、『救急医療機関に搬送された自殺未遂者』、『自殺既遂者』及び『一般精神保健相談』との比較、保健師による対応前後の属性変化の比較を行った。その結果、以下の知見が得られた。

1. 『自治体が把握した自殺未遂者』の属性は、「性別」、「年代」、「職業」において『救急医療機関に搬送された自殺未遂者』と比較し、有意に多く男性、40代以上、無職の者を把握していたが、『自殺既遂者』では有意差がなかった。このことから自治体における自殺未遂者支援事業は、自殺未遂者の中でも、特に自殺既遂に至りやすい属性である男性、中年期、無職といった自殺未遂者を多く把握し、対応する役割があることが示唆された。
2. 『自治体が把握した自殺未遂者』は背景要因を平均3個抱えていた。また、『一般精神保健相談』と異なり、地域住民や本人等の直接的な経路でなく、関係機関からの把握が多かった。保健師の自殺未遂者対応は、一般精神保健相談における日常的なサポートを目的とした対応と異なり、自殺の再企図を予防することに重点を置き、背景要因に応じて包括的に専門機関につなぐ対応をしていた。これらのことから自治体における自殺未遂者支援事業は、単一機関では対応が難しい、複数の背景要因を抱えた

自殺未遂者を把握し、従来の一般精神保健相談では連携していなかった弁護士や国民健康保険(年金)課、ハローワークといった法律・経済部門の専門機関に、包括的に自殺未遂者をつなげる役割があることが示唆された。

VII. 謝辞

本研究の実施と論文執筆にあたり、一貫してご指導くださいました東京都立大学の山村礎先生に心よりお礼申し上げます。

VIII. 文献

- 1) 警察庁統計.令和元年中における自殺の状況.2020,http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/h28kakutei_1.pdf (2020年11月1日参照)
- 2) 高橋祥友,竹島正編.自殺予防の実際.永井書店,2009
- 3) 高橋祥友.自殺の危険 臨床的評価と危機介入(第3版).金剛出版,2014
- 4) 本橋豊,渡邊直樹編.自殺は予防できる.すぴか書房,2005
- 5) 厚生労働省:令和元年版自殺対策白書.2019. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html>(2020年11月2日参照)
- 6) 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.自殺予防総合対策センターブックレット No.1 各国の実情にあった自殺予防対策を.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.2007
- 7) 厚生労働省:自殺総合対策大綱~誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して~.2017. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html (2020年11月2日参照)
- 8) 三宅康史.地域で活用する自殺未遂者に対するクリティカルパスの意義.日社精医誌.2013,22,163-169
- 9) Fleischmann,A., Bertolote,JM. et al.

- Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. 2006,<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-046995/en/> (2020年3月2日参照)
- 10) Kawanishi,C., Aruga,T., Ishizuka,N., Yonemoto,N., Otsuka,K., Kamijo,Y., Okubo,Y., Ikes-hita,K., Sakai,A., Miyaoka,H., Hitomi,Y., Iwakuma,A., Kinoshita,T., Akiyoshi,J., Horikawa,N., Hirotsune,H., Eto,N., Iwata,N., Kohno,M., Iwanami,A., Mimura,M., Asada,T., Hirayasu,Y., ACTION-J Group. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicenter, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*,1(3),2014,193-201
- 11) 川野健治.チーム医療と自殺予防.日精協誌.2010,29(3),63-67
- 12) 山梨県立精神保健福祉センター.平成23年度山梨県精神保健福祉センター自殺対策総合研究事業報告書. 2012,<http://www.pref.yamanashi.jp/seishin-hk/documents/305.pdf>(2020年3月1日参照)
- 13) 堺市報道提供資料.「いのちの応援係」における自殺未遂者支援について. 2012, <http://www.city.sakai.lg.jp/shisei/gyosei/shingikai/kenkofukushikyoku/kenkobu/jisatsutaisaku/r1kaisai/R1konmakaino1.files/R1toujitsu1.pdf> (2020年3月1日参照)
- 14) 平野かよ子.日本の保健師のあゆみ.からだの科学.2006,(増刊),22-27
- 15) 日本看護協会(2012). 保健師業務要覧. 日本看護協会出版会, 434-440, 453-457
- 16) 芦原ひとみ.地域における包括的自殺予防対策-ポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチの統合-.日本福祉大学大学院修士論文. 2014,47-48
- 17) 日本精神科救急学会:精神科救急医療ガイドライン2015年版. 2015. https://www.jaep.jp/gl/2015_all.pdf. (2020年11月2日参照)
- 18) 荒川区.荒川区自未遂者調査研究事業報告書.荒川区.2012,<http://www.lifelink.or.jp/hp/houkokusyo.html> (2020年3月1日参照)
- 19) 東京都福祉保健局.自殺未遂者支援事業報告書-高度救命救急センターにおける自殺未遂者支援の状況-.2010, https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryu/tokyokaigi/insatu.files/misuisya_0001_0001.pdf (2020年3月1日参照)
- 20) 厚生労働省. 自殺の統計:地域における自殺の基礎資料. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000140901.html> (2020年11月1日参照)
- 21) 足達淑子.福岡市保健所における精神衛生相談の統計的観察.精神医学.1982, 24(9),1009-1017.
- 22) 厚生労働省.第6回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会.2015,<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000026671.pdf#search='%E4%BF%9D%E5%81%A5%E5%B8%AB+%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E4%BF%9D%E5%81%A5'>(2020年11月1日参照)
- 23) Edwin,S, Shneidman. (1996)／白井徳満, 白井幸子(2001). 自殺者のころそして生き延びる道. 誠信書房, 東京.

医学と生物学 (Medicine and Biology)

- 24) 岡田朋子 (2010). 生活困難な人々と生活支援のあり方ー併走機能の社会化に向けて. 調査季報, 14-21

医学と生物学 (Medicine and Biology)

表1-1 『自治体が把握した自殺未遂者』（自殺企図時）

		n=32
項目		n (%)
性別	男性	19 (59.4)
	女性	13 (40.6)
平均年齢 (歳)	(平均±標準偏差)	48.7±12.0
年代	10~19	1 (3.1)
	20~29	1 (3.1)
	30~39	4 (12.5)
	40~49	10 (31.3)
	50~59	9 (28.1)
	60~	7 (21.9)
職業	無職	24 (75.0)
	アパート経営	2 (6.3)
	アルバイト	2 (6.3)
	専門職	2 (6.3)
	主婦	1 (3.1)
	日雇い派遣	1 (3.1)
同居家族	有	17 (53.1)
	無	15 (46.9)
結婚歴	未婚	15 (46.9)
	離婚	11 (34.4)
	既婚	6 (18.8)
最終学歴	高校中退	8 (25.0)
	高校卒業	6 (18.8)
	専門学校卒	5 (15.6)
	大学卒業	4 (12.5)
	中学校卒	3 (9.4)
	学歴不詳	6 (18.8)
精神科等通院歴	有	17 (53.1)
	無	12 (37.5)
	不明	3 (9.4)
被虐待歴	有	7 (21.9)
	無	25 (78.1)
把握経路	医療機関	11 (34.4)
	生活保護担当課	9 (28.1)
	家族	3 (9.4)
	警察	2 (6.3)
	知人	2 (6.3)
	本人	2 (6.3)
	就労支援施設	1 (3.1)
	福祉施設	1 (3.1)
	福祉関係課	1 (3.1)

医学と生物学 (Medicine and Biology)

表1-2 『自治体が把握した自殺未遂者』（自殺企図時）

n=32

項目		n (%)
自殺企図手段	過量服薬	16 (50.0)
	切創	4 (12.5)
	飛び降り	2 (6.3)
	縊首	2 (6.3)
	練炭	2 (6.3)
	服毒	2 (6.3)
	入水	2 (6.3)
	その他	2 (6.3)
過去の自殺未遂歴	有	15 (46.9)
	無	14 (43.8)
	不明	3 (9.4)
精神科診断名	気分障害	7 (21.9)
	統合失調症	5 (15.6)
	神経症	2 (6.3)
	物質関連障害	2 (6.3)
	てんかん	1 (3.1)
	発達障害	1 (3.1)
	人格障害圏	
	診断無	13 (40.6)
	不明（何らかの診断有）	1 (3.1)
収入状況	生活保護	10 (31.3)
	収入なし	5 (15.6)
	年金	4 (12.5)
	家族の収入	4 (12.5)
	貯蓄	3 (9.4)
	家賃収入	3 (9.4)
	雇用保険	2 (6.3)
	本人の所得	1 (3.1)
自殺未遂の背景要因（重複有）	家族問題	49 (30.2)
	健康問題	47 (29.0)
	経済・生活問題	37 (22.8)
	勤務問題	5 (3.1)
	男女問題	3 (1.9)
	学校問題	2 (1.2)
	その他	19 (11.7)
自殺未遂者が抱えた背景要因数	1個	2 (6.3)
	2個	8 (25)
	3個	12 (37.5)
	4個	7 (21.9)
	5個	2 (6.3)
	7個	1 (3.1)

医学と生物学 (Medicine and Biology)

表1-3 『自治体が把握した自殺未遂者』（自殺企図後概ね1ヶ月経過）

		n=32
属性 (項目)		n (%)
精神科診断名	気分障害	8 (25.0)
	統合失調症	8 (25.0)
	物質関連障害	4 (12.5)
	診断無	4 (12.5)
	不明 (何らかの診断有)	3 (9.4)
	発達障害	2 (6.3)
	人格障害	1 (3.1)
	てんかん	1 (3.1)
	神経症	1 (3.1)
	収入状況	生活保護
	年金	4 (12.5)
	家族の収入	4 (12.5)
	家賃収入	3 (9.4)
	雇用保険	2 (6.3)
	貯蓄	1 (3.1)
	本人の所得	1 (3.1)
	収入なし	
対応継続	可	23 (71.9)
	不可	9 (28.1)
自殺再企図	有	6 (18.8)
	無	26 (81.3)
自殺未遂者をつないだ機関 (重複有)	行政機関	27 (45.0)
	精神科 (心療内科)	19 (31.7)
	在宅サービス	4 (6.7)
	電話相談機関	3 (5.0)
	ボランティア	3 (5.0)
	ハローワーク	2 (3.3)
	弁護士	2 (3.3)

表2 自殺未遂の背景要因に使った分類

大分類	小分類
家庭問題	親子関係の不和、夫婦関係の不和、その他家族関係の不和、家族の死亡、 家族の将来悲観、家族からのしつけ・叱責、子育ての悩み、DV、 被虐待、介護・看病疲れ、その他
健康問題	身体の病気への悩み、精神疾患への悩み、身体障がいの悩み 治療関係の悩み、自殺未遂歴、アルコール問題、その他
経済・生活問題	倒産、事業不振、失業、就職失敗、生活苦、負債（多重債務）、 負債（連帯保証債務）、負債（その他）、借金の取り立て苦、 自殺による保険金支給、相続に関する悩み、その他
勤務問題	仕事の失敗、職場の人間関係、職場環境の変化、仕事疲れ、その他
男女問題	結婚をめぐる悩み、失恋、不倫の悩み、その他交際をめぐる悩み、その他
学校問題	入試に関する悩み、その他進路に関する悩み、学業不振、 教師との人間関係、いじめ、その他学友との不和、その他
その他	孤独感、犯罪発覚等、犯罪被害、後追い、近隣関係、その他

医学と生物学 (Medicine and Biology)

表3 『救急医療機関が把握した自殺未遂者』との比較

属性		自治体が把握した 自殺未遂者	救急医療機関が把握した 自殺未遂者	p
		n (%)	n (%)	
性別	男性	19 (59.4)	155 (39.5)	0.028*
	女性	13 (40.6)	237 (60.5)	
平均年齢	(平均±標準偏差)	48.7±12.0	39.29±15.77	0.001**t
年代	30代以下	6 (18.8)	234 (59.7)	0.000**
	40代以上	26 (81.2)	158 (40.3)	
同居家族	有	17 (53.1)	99 (66.9)	0.110
	無	15 (46.9)	49 (33.1)	
職業	無職	24 (75.0)	78 (52.7)	0.021*
	有職	8 (25.0)	70 (47.3)	
精神科等通院歴	有	17 (53.1)	242 (64.9)	0.184
	無 (不明含む)	15 (46.9)	131 (35.1)	
自殺企図手段	過量服薬 (服毒含む)	18 (56.3)	249 (63.5)	0.291
	その他	14 (43.8)	143 (33.5)	
精神科診断名 (企図後)	気分障害	8 (25.0)	191 (41.4)	0.068
	その他	24 (75.0)	271 (58.6)	
生活保護受給	有	10 (31.3)	69 (17.6)	0.057
	無	22 (68.7)	323 (82.4)	
過去の自殺未遂歴	有	15 (46.8)	63 (53.4)	0.872
	無 (不明含む)	17 (53.1)	55 (46.6)	

t. welchのt検定

*p<0.05, **p<0.01

医学と生物学 (Medicine and Biology)

表4 『自殺既遂者』との比較

属性		自治体が把握した	自殺既遂者	p
		自殺未遂者	n(%)	
性別	男性	19 (59.4)	93 (65.0)	0.547
	女性	13 (40.6)	50 (35.0)	
年代	30代以下	6 (18.8)	43 (30.1)	0.197
	40代以上	26 (81.2)	100 (69.9)	
職業	無職	24 (75.0)	95 (66.4)	0.340
	有職	8 (25.0)	40 (28.0)	
	不明	0	8 (5.6)	
同居家族	有	17 (53.1)	82 (57.3)	0.605
	無	15 (46.9)	58 (40.6)	
	不明	0	3 (2.1)	
自殺企図手段	過量服薬 (服毒含む)	16 (50.0)	4 (2.8)	0.000**
	切創	4 (12.5)	0	
	飛び降り	2 (6.3)	28 (19.6)	
	縊首	2 (6.3)	85 (59.4)	
	練炭	2 (6.3)	6 (4.2)	
	飛び込み	0	5 (3.5)	
	入水	2 (6.3)	0	
	その他	2 (6.3)	15 (10.5)	
過去の自殺未遂歴	有	15 (46.9)	19 (13.3)	0.000**
	無	14 (43.8)	83 (58.0)	
	不明	3 (9.4)	41 (28.7)	
自殺未遂の背景要因	家族問題	49 (30.2)	6 (4.2)	
	健康問題	47 (29.0)	49 (34.2)	
	経済・生活問題	37 (22.8)	15 (10.5)	
	勤務問題	5 (3.1)	9 (6.3)	
	男女問題	3 (1.9)	4 (2.8)	
	学校問題	2 (1.2)	2 (1.4)	
	その他	19 (11.7)	2 (1.4)	
不明	0	70 (49.0)		

*p<0.05 , **p<0.01

医学と生物学 (Medicine and Biology)

表5 『一般精神保健相談』との比較

属性		自治体が把握した自殺未遂者 n (%)	一般精神保健相談 n (%)	p
把握経路	医療機関	11 (34.4)	44 (6.9)	0.000**
	福祉・市民相談	11 (34.4)	68 (10.5)	
	直接	7 (21.9)	369 (57.2)	
	警察	2 (6.3)	91 (14.1)	
	その他の公的機関	1 (3.1)	33 (5.1)	
	その他(不明含む)	0	40 (6.2)	

*p<0.05, **p<0.01

表6 『自治体が把握した自殺未遂者』の対応前と対応後の属性変化

n=32

属性		対応前 n (%)	対応後 n (%)	p
生活保護受給	有	10 (31.3)	17 (53.1)	0.023*m
	無	22 (68.8)	15 (46.9)	
精神科等通院歴	有	19 (59.4)	28 (87.5)	0.007**m
	無	13 (40.6)	4 (12.5)	

m. McNemar検定

*p<0.05, **p<0.01

The Role of Support for Suicide Attempters in Local Governments

— A study using secondary data analysis —

Masana Ujihara

Shukutoku University, College of Nursing and Nutrition

Summary

This study aimed to elucidate characteristics of subjects supported by governmental support program for people with suicide attempt and their prognosis by analyzing published data about this support program, attempted suicide in emergency unit in hospital, data on suicide.

This study revealed that government has awareness toward suicide attempt of male, middle-aged, or non-employed groups that have high risk of completed suicide. The group of suicide attempters have average of 3 background factors of problems and They are more likely to be informed about suicide attempters by related-organizations rather than local communities or the person himself which is common in mental health counseling. Public health nurses support for suicidal attempters that are not solved by single organizations, and focus on prevention of repeating suicidal attempts by introducing suitable organizations to suicide attempters. Hence, government in recent cooperates with organizations expertise in law, economy, and employment such as lawyers, National Health Insurance and Pension Division and job placement office.

Keywords: Local Governments, suicide attempter, public health nurse