

精神障害者支援施設の自殺に関する支援者のニーズ調査

東京都立多摩総合精神保健福祉センター

○森泉旬子、五十嵐雅美、西川せい子、日暮幸子、青木信子、四辻直美、南部亜紀子、池田壽賀子、富永あい子、苅部春夫、林益子、谷口禮二、渡部恵子、向山晴子（同センター・自殺総合対策プロジェクトチーム）、熊谷直樹⁽¹⁾、小高真美⁽²⁾

(1) 東京都福祉保健局障害者施策推進部 (2) 国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部

1 はじめにー背景と目的ー

多摩総合精神保健福祉センター（以下、「当センター」）では、平成 19 年 6 月に「自殺総合対策プロジェクトチーム」を所内に設置し、自殺に関する諸問題をテーマとした研修やリーフレットの作成、都保健所主催の自死遺族支援活動への協力等を行っている。これらの取組においては「支援者の支援」の視点も重視し、市町村等関係機関の意識を高め自殺総合対策に取り組む地域作りを目指している。

厚生労働省が平成 20 年 10 月に策定した「自殺対策加速化プラン」の中で指摘しているように、自殺の危険性は統合失調症やアルコール依存症等、うつ病以外でも高まることが知られている。このため、グループホームや相談支援事業所、通所授産施設等の精神障害者支援施設（以下、「支援施設」）では、支援者が利用者の自殺に遭遇することが稀ではないと思われる。しかし、支援施設での自殺の発生や対策の実態については十分な資料がなく、利用者の自殺問題に関する支援者のニーズについては情報が乏しい。

そこで、自殺問題に関し支援施設の実態や支援者のニーズを把握し、当センターに求められる支援等を明らかにするために調査を実施した。

2 調査の概要

(1) 対象

東京都多摩地域の精神障害者支援施設 170 か所*の施設長と自殺事例担当職員

* 東京都精神保健福祉民間団体協議会加盟の 4 団体（東京都地域生活支援センター連絡会、東京都精神障害者授産施設連絡会、東京都精神障害者共同作業所連絡会、東京都精神障害者共同ホーム連絡会）に加盟している共同作業所、通所授産施設、小規模通所授産施設、日中活動事業所、地域活動（生活）支援センター、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設

(2) 調査方法

2 回の予備調査を経て調査票原案を作成した。1 回目は当センター職員のみを対象とし、2 回目は当センター職員の他に各団体*からも協力をいただいた。その後、都保健所や市町村、各団体*への説明を行い、下記のアンケート調査を実施した。

アンケート記入方式（記名式調査票を用い、郵送で配布および回収）

① 「調査票 I（共通項目）」：原則として施設長等支援施設代表者が回答

主な設問項目；支援施設の概要、自殺対策の現状、支援施設が把握した範囲での利用者の自殺発生状況、東京都の自殺総合対策の周知状況や当センターへの要望等

② 「調査票 II（事例）」：自殺事例の担当職員か施設長が回答

主な設問項目；平成 18 年 4 月から平成 20 年 12 月の期間（33 か月間）に発生した自殺事例 1 事例についての概要、自殺の直前や事後の経過、当センターへの要望等
調査期間：平成 20 年 12 月に調査票を郵送、回答の返送期間は平成 21 年 3 月までとした。

3 結果

(1) 「調査票 I（共通項目）」

- ①調査対象の支援施設 170 か所のうち 117 施設から回答があった。
- ②施設職員の 60%が精神保健福祉士等の精神保健福祉専門職の国家資格を有していた。
- ③平成 19 年度の支援施設全体の利用者は 4,537 人であった。性別は男性 78%、女性 22%であり、主診断名は、統合失調症 73%、うつ病・うつ状態 8%、その他 19%であった。
- ④調査対象期間(33 ヶ月)での自殺事例は計 23 名(18 施設より報告)、年換算 8.4 名であった。この年換算値を平成 19 年度の登録利用者数にあてはめると、年間 0.2%の自殺発生率(対利用者 10 万人比 184.3 名)である。また、1 施設あたりの年間自殺発生率は 7.1%であり、調査対象の 170 施設にあてはめると年間約 12 件の自殺が発生していることになる。
- ⑤自殺事例が発生した場合の取組で多くの支援施設が困難を感じているのは「外部機関職員を含めた死亡事例検討(デス・カンファレンス)」、「動揺が激しい職員に対する専門家の援助(グリーンケアサポート)の勧奨」、「自殺事例発生時の対応について職場研修を行う」、「自殺事例発生時の対応マニュアルの整備」等であった。
- ⑥自殺事例を経験した職員を支える取組で困難を感じるのは「利用者を自殺でなくしたときの対応についての研修を職場で行う」、「自殺事例の経験のある職員(他事業所を含む)と語り合う機会を持つ」、「動揺や心身の不調が生じた場合、勤務の軽減や休暇取得を職場が勧める」等であった。
- ⑦遺族支援で困難を感じるのは「遺族が困っていることを把握し、相談窓口を紹介する」、「遺族支援の研修に職員を参加させる」、「遺族対応について専門機関に相談する」等であった。
- ⑧自殺対策について当センターに期待することでは「地域関係機関職員を対象とした自殺対策の研修」や「自殺念慮のある人の相談」、「自死遺族の相談」、「自殺未遂者の相談」との回答が多かった。また、自殺事例を実際に経験した支援施設からは、遺族支援や他の利用者への情報提供の仕方といった、より具体的な支援への要望があった。

(2)「調査票Ⅱ(事例)」

- ①18か所の支援施設から自殺事例の報告があった。年齢は13事例が20～30歳代であり、全事例の72%を占めた。性別では男性が14事例、女性が4事例であり、主診断は統合失調症が15例、うつ病・うつ状態が2例、その他(非定型精神病)が1例であった。
- ②既遂前の自殺企図歴については、その有無が明らかな事例として9事例に認められた。
- ③発症から自殺までの罹病期間は、自殺時の年齢と自殺に至った経過の回答記述から13事例について推測できた。発症後5年未満の罹病期間での自殺は2事例であり、5～10年での自殺が1事例、10～20年での自殺が7事例、20年以上での自殺は3事例であった。
- ④支援施設利用開始から自殺までの期間は、9事例が施設利用開始から1年以内であり、1～2年が1事例、3年以上が8事例であった。
- ⑤自殺前1か月間の自殺事例の生活や病状の変化等について、職員が明らかな変化に気付かない場合でも利用者の自殺が発生した事例が数例見受けられた。
- ⑥自殺事例を経験した支援者の72%が自らの過去の支援内容を悔やみ、また60%以上に気分の落ち込みや疲労感、脱力感といった心身の変化が生じていた。睡眠障害は39%の支援者に認められ、また、50%の支援者が「自殺事例のことが突然思い浮かぶ」と回答していた。
- ⑦支援者の72%が遺族と接していた。職員の支援に対し遺族から感謝の気持ちが伝えられた事例もあったが、一方で、悲嘆が大きい遺族への対応に職員が困難を感じた事例もあった。

今回の調査では、自殺事例が発生した際の支援施設の対応には差があり、自殺対策はシステムとして外部からの支援者支援を含めた継続的な取組が重要と示唆された。また、支援施設の利用が利用者の自殺に対して一定の予防効果があることも推測され、分析、検討を重ねている。

なお、当日はより詳細な調査結果と考察を加え発表を行う。

浜松市における自殺の実態

一 浜松市こころの健康と自殺に関するアンケート調査結果から 一

浜松市精神保健福祉センター ○高林智子 二宮貴至
浜松市健康医療課 川合貴子
浜松医科大学健康社会医学教室 尾島俊之

1. 目的

市民のこころの健康や自殺の予防に関して、市民の現状や考えなどを尋ね、実情や傾向を把握し、総合的な自殺対策を推進するための基礎資料として、活用することを目的とした。

2. 対象

15～79歳の浜松市民で住民基本台帳から無作為抽出された1,950人

3. 方法

無記名自記式質問紙調査を郵送法にて実施した。調査期間は、平成20年5月～6月であった。分析は、クロス集計を行ない、行政区の特徴についてロジスティック回帰分析を行った。

4. 調査項目

1) 個人属性

性別、年齢階級、行政区、職業（職種、産業種別、従業員数、就業時間）、家族構成、配偶者の有無、年収、主観的な生活の余裕

2) 健康に関すること

主観的健康感、通院中の疾患の有無と病名、アルコール依存(CAGEテスト)、1年間の悩みやストレスの有無、悩みやストレスの原因、相談先、相談することへの意識、うつ病のイメージ、休職への考え、不眠時の受療行動と受診しない理由、抑うつ状態、相談機関の認知度

3) 自殺に関すること

自殺についての考え、自殺念慮の有無、自殺未遂の有無、自死した方との関係、自殺念慮者への対応

4) 自由記載

5. 結果

(1) 回答率

1,950人に郵送し、転居等で22人の戻りがあった。回収数は1,051人、回収率は54.5%であった。そのうち、有効回答は1,015人、有効回答率は52.6%であった。

(2) 回答者の概要

回答者の性別は、男性434人(42.8%)、女性570人(56.2%)であった。この1年の悩みやストレスの有無について、「よくあった」と回答したのは、317人(31.2%)であり、その原因として最も多かったのが勤務問題で352人(49.5%)を占めた。また、この1年間の自殺念慮の有無について尋ねたところ、「はい」88人(8.7%)「いいえ」911人(89.8%)であった。今までの自殺未遂の有無について尋ねたところ、「はい」157人(15.5%)「いいえ」844人(83.2%)であった。

(3) 自殺念慮と自殺未遂 (表1)

この1年間の自殺念慮の有無について「はい」と回答したのは、年代別では、10歳代～40歳代、通院している病気では、こころの病気、不眠症、胃・十二指腸の病気、家族構成では一人暮らし、配偶者の有無別では離別、世帯収入別では、200万円未満が多かった。性・世代別に見ると、39歳以下の女性

(24.5%)が最も高かった。また、今までの自殺未遂の有無について「はい」と回答したのは、性別では女性、年代別では30代、通院している病気では不眠症、こころの病気、配偶者別では離別が多かった。

表1. 性・世代別、及び行政区別の結果

(4) 抑うつ傾向及びアルコール依存の問題 (表1)

調査票では、CES-D及びCAGEテストを使用した。抑うつ傾向にある人は、241人(28.0%, n=860)で、性・世代別に見ると、39歳以下の男性(32.4%)と女性(44.2%)で割合が多かった。アルコール依存の問題のある人は94件(9.3%)で、そのうち自殺念慮のある人は18.1%、抑うつ傾向の人は38.3%であった。性・世代別では、40～64歳の男性(19.2%)での割合が高かった。

(5) 行政区ごとの特徴 (表1)

行政区、性別、世代を同時投入し、それぞれの特性別に、抑うつ傾向、アルコール依存の問題、自殺念慮についてのオッズ比を計算した。抑うつ傾向は、C、F区で多く、G区で少ない傾向であったが、有意差はなかった。アルコール依存の問題では、E、G区で多く、B、C、D区で少なかったが、有意差はなかった。B区を基準したオッズ比では、E区は2.47倍(p=0.05)、G区は2.46倍(p=0.06)であった。

性別・区	世代	人数	抑うつ割合	アルコール依存割合	自殺念慮割合
男性	～39歳	139	32.4	11.5	16.5
	40～64歳	203	24.6	19.2	9.9
	65歳～	92	17.4	15.2	8.7
	小計	434	25.6	15.9	11.8
女性	～39歳	208	44.2	6.3	24.5
	40～64歳	267	27.3	4.1	19.1
	65歳～	92	25.0	0.0	3.3
	小計	567	33.2	4.2	18.5
A区		290	29.0	9.7	15.2
B区		143	31.5	5.6	19.6
C区		114	34.2	7.9	12.3
D区		117	29.1	7.7	13.7
E区		120	27.5	12.5	15.8
F区		93	34.4	10.8	16.1
G区		124	25.8	11.3	16.1
区小計		1001	29.9	9.3	15.6

6. 考察

浜松市の自殺者数は、平成10年に140人(前年より43人増)と急増し、その後100人を超えたまま推移している。平成20年の自殺者数は137人で、人口10万対の死亡率は16.9であった。自殺にはさまざまな原因が複雑に絡んでいるが、自殺の危険因子として「精神疾患の既往」「サポートの不足」¹⁾がある。今回のアンケート調査においても、精神疾患の既往やサポートの不足の項目で、自殺念慮のある人が多い結果となった。そのため、自殺予防の観点から、相談に応じる場合には、精神疾患の既往やサポートが不足しているかについての視点が重要であると再認識された。また、行政区ごとの特徴では、統計的な有意差はないが、山間部の区でアルコール依存の問題が多く、区ごとの対策を検討する資料としたい。また、39歳以下の若年者で抑うつ傾向や自殺念慮が有意に多く、その対策が重要である。

この調査をもとに、平成20年3月に「浜松市自殺対策推進計画」を策定した。計画では、「孤立を防ぐ」を視点とし、「相談体制の充実」「啓発」「関係機関との連携・協力」「調査」を重点的な取組みとした。また、この調査で250人以上の方が、自由記載に自殺やいのちの大切さなどのご意見をご記入いただいた。市民の想いを受け止め、市民同士がいのちについて語れる場を作ることを目的に「いのちをつなぐ手紙」事業を、今年度から新規に実施している。今後も調査の詳細分析を行い、より実態に即した自殺対策事業を行っていきたいと考える。

7. 参考文献

- 1) 樋口輝彦 編集：自殺企図その病理と予防・管理. 2003.

都道府県の性・年齢階級別自殺死亡率と相関する指標の検討

愛知県精神保健福祉センター

○増井恒夫

1 はじめに

自殺は追い込まれた末の死であり、その背景には経済・生活、健康、家庭等に関するさまざまな問題が複合的に関与していると考えられる。一方、自殺を都道府県レベルで見た場合、都道府県自殺死亡率には高低差が認められ、自殺に影響を及ぼす要因の大きさが都道府県間で異なっていることが自殺死亡率に影響を及ぼしていると考えられる。これまでに、都道府県の自殺死亡率の差異に相関する因子としては、完全失業率や世帯主収入といった社会経済要因、高齢者人口割合、配偶状態での死別者割合、離別者割合といった人口・世帯要因、気分障害の受療有病率といった医療福祉要因などが報告されている。ここでは、公表されている2003-2007年の都道府県・性・年齢階級別の自殺死亡率について、相関性の高い指標の検討を行った。

2 方法

「自殺対策のための自殺死亡の地域統計（作成者：統計数理研究所 藤田利治、<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html>）」の「第5表：都道府県・性・年齢階級別の自殺の推移：自殺死亡数、死亡率、対全国比」にある都道府県データを用い、男女別に、2003-2007年における総数（10歳以上、年齢調整死亡率、ベイズ推定値）および各年齢階級（15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75）と諸指標の相関関係を検討した。主な指標の出典は、「社会生活統計指標-都道府県の指標-2009（総務省 統計局、<http://www.stat.go.jp/data/ssds/5.htm>）」および「酒税に関する統計情報（国税庁、<http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/sake2006/syuzei.htm>）」であり、統計解析には、R（統計計算とグラフ作成のためのフリーソフト、<http://www.r-project.org/>）を用いた。

3 結果

(1) 経済指標と年齢階級別自殺率

- 完全失業率（男・女）：男性では総数ならびに25-74歳の各年齢階級において（図1）、女性においては、35-54歳の年齢階級において有意な正の相関を認めた。
- 1人あたり都道府県民所得：男性では総数ならびに25歳以上の各年齢階級において、女性においては、45-64歳の年齢階級において有意な負の相関を認めた。女性の15-24歳階級では、正の相関が認められた。

(2) 人口指標と年齢階級別自殺率

- 都道府県人口：男性では総数ならびに25歳以上の各年齢階級において有意な負の相関を認めたが、女性の15-44歳の各年齢階級では逆に有意な正の相関が見られた。
- 老年人口割合：男性では総数ならびに15歳以上の各年齢階級において、女性では55-64歳ならびに75歳以上で有意な正の相関を認めた。
- 粗出生率：男性では総数ならびに15-24歳の年齢階級において、女性では総数ならびに55歳以上の各年齢階級において有意な負の相関（図3）を認めた。
- 合計特殊出生率：男性では総数、35-54歳ならびに75歳以上の年齢階級において有意な正の相関を認めたが、女性では逆に総数ならびに15-34歳の各年齢階級において有意な負の相関（図4）を認めた。

(3) その他の指標と年齢階級別自殺率

- 年齢調整死亡率：男性では総数ならびに 25 歳以上の各年齢階級において有意な正の相関(図 2)を認めたが、女性では相関性はみられなかった。
- 1 人あたり酒類消費量：男性では総数ならびに 25 歳以上の各年齢階級において、女性においては、総数ならびに 35-64 歳、75 歳以上の年齢階級において有意な正の相関を認めた。

4 考察・まとめ

男性においては 15-24 歳を除くほぼすべての年齢階級において経済的な指標が自殺率と強く相関しているが、女性では主として 35-54 歳の年齢階級に相関が認められた。女性の自殺率は出生率との相関が観察され、15-34 歳では合計特殊出生率と、55 歳以上で粗出生率と負の相関が認められた。15-44 歳の各年齢階級において女性の自殺死亡率が都道府県人口と正の相関が認められたことは、出生率の低さ、未婚率の高さが影響している可能性が考えられる。また、男女ともに住民一人当たりの酒類消費量は自殺率と正の相関があることが確認された。

5 謝辞

自殺死亡統計データの使用にあたり、統計数理研究所 藤田利治教授ならびに自殺予防総合対策センター 竹島正所長に感謝いたします。

図 1

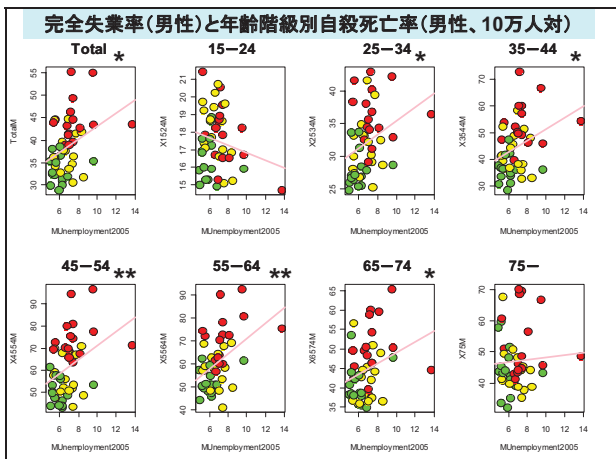


図 2

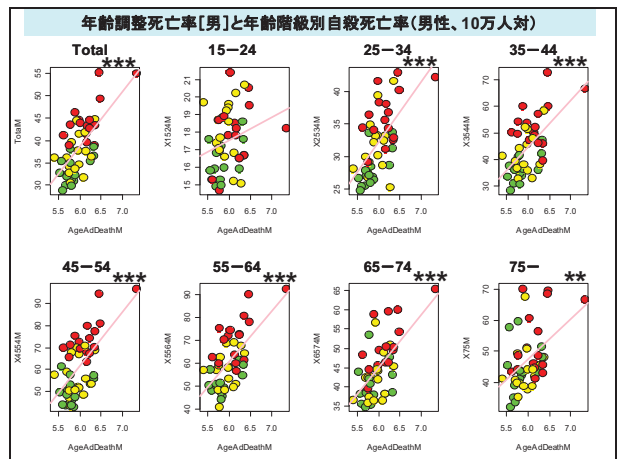


図 3

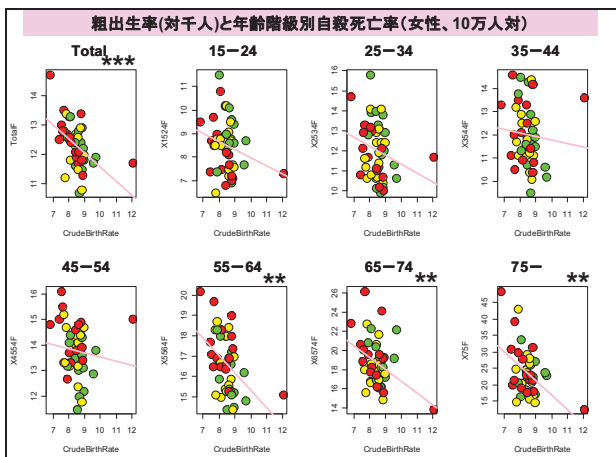
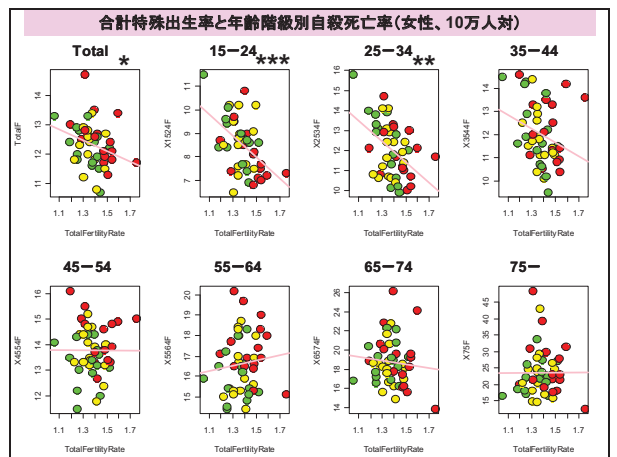


図 4



●●● : 都道府県は一人当たり所得により 3 群に色分けしてある (下・中・上位)

*:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

ふくおか自殺予防ホットラインの現状と課題

福岡県精神保健福祉センター

○大内田由香 津留崎京子 橋本達 鶴田桂子
安留文子 池田朋子 下野正健

1 はじめに

自殺対策連絡協議会の報告を受け、平成20年5月に「夜間12時までの自殺防止総合相談窓口」として、ふくおか自殺予防ホットラインを開設したので、その現状について報告する。

2 ふくおか自殺予防ホットラインの概略

- 1) 目的：自殺を考えている相談者の心理的不安の軽減等を図り、自殺を防止する。
- 2) 相談時間：月～金 9:00～24:00
- 3) 相談手段：電話（1回線）
- 4) 相談体制：17:00までは正規職員が通常業務を行いながら従事。17:00以降は、2交代制で嘱託職員各1名が従事。
- 5) 相談対応方針：傾聴を基本とし、必要に応じて他の相談窓口等の紹介を行う。

3 開設前の準備及び開設後の体制

1) 開設前の準備

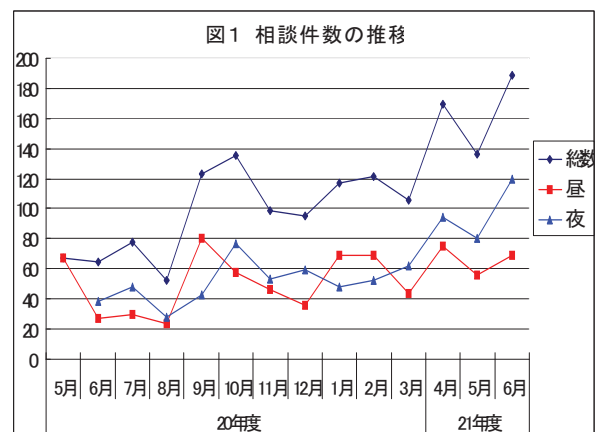
- ①関係機関との連絡調整・会議 ②相談対応マニュアル、社会資源名簿作成 ③相談員事前研修

2) 開設後の体制

- ①定期的なカンファレンス（H20.12月までは月1回→2ヶ月に1回） ②相談員研修（年2回）
③必要時、関係機関へのケース連絡 ④様々な機会を利用して関係機関への相談状況報告

4 相談利用者の状況（H20.5.1～H21.6.30）

- 1) **相談件数**：総数 1,552 件（昼 750 件、夜 802 件） 1日平均：H20年度 4.8 件 H21年度 8.1 件
相談件数の推移は図1を参照
 - 2) **時間帯**：昼前後が少なく朝、夕方、夜間が多い
 - 3) **対応時間**：15分未満 54%、15～30分未満 24%、30分～1時間未満 17%、1時間以上 5%
 - 4) **相談者続柄**：本人 89%、子 1.5% など
 - 5) **相談経路**：継続 81%、マスコミ・電話帳各 5%、インターネット 2%（不明を除く）
 - 6) **対象者性別**：男性 56%、女性 37%、不明 7%
 - 7) **対象者年代**：30歳代 49%、40歳代・20歳代各 16%、50歳代 12%（不明を除く）
 - 8) **相談歴**：対象者の 61%が精神科通院中
 - 9) **相談種別**：自殺に関する内容 28%、その他の内容 72%
 - 10) **相談内容**：うつ症状、家族関係、うつ以外の精神症状、さみしさ、仕事、経済的な事の順に多い
 - 11) **対象者の自殺リスク**：自殺念慮は感じられない 57%、漠然とした自殺念慮がある 18%、遂行しないが明確な自殺念慮がある 5%、具体的な自殺手段を考えている 3%、自殺遂行中 3件（0.2%）、判断できない 17%
 - 12) **処遇**：傾聴のみ 88%、他機関紹介 12%、主治医・保健所・警察・消防署等へ連絡 7件（0.5%）
 - 13) **紹介先**：保健所、司法関係機関、精神保健福祉センター、精神科、消費生活センター、市町村の順に多い
- 5 電話相談に携わってみて課題と感ずること
- 1) 増え続けるリピーターの問題（自己愛的・他罰的な人が多い）



- 2) 相談者が見えないことによる電話相談の限界（状況把握・危機対応の難しさ）
- 3) 「死」を切り札に長時間対応を迫られる問題（自殺をほのめかして電話を切らせない）
- 4) 「自殺予防」を掲げることで過大な期待を与える問題（解決できない要求）
- 5) 自殺の危険性の高い人に、本電話の存在を届け切れていない周知の問題
- 6) 相談員の技能、不十分な体制の問題（予算・マンパワーの問題）
 - 昼間：正規職員が通常業務に加えて電話対応
 - 夜間：嘱託職員（非専門職）が1名で対応→相談の質・関係機関との連携の問題
- 7) 相談員のメンタルヘルスの問題（過重なストレス）
- 8) 職員が電話相談に従事することでの他業務への影響

6 考察

今年度に入り、相談件数が急増している。本電話の存在が浸透してきたこともあると思われるが、昨秋以降の世界同時大不況による生活不安、それに伴って今年上半期に自殺者数が増加した影響も少なくないと思われる。今後さらに自殺者数の増加が懸念されており、相談数も増加することが予測される。

本電話は、男性からの相談や精神科受診中の人からの相談が多い。また、名称の影響もあってか、自殺の危険性が高く緊急対応が必要な相談もある。一方、相談者の8割がリピーターで、その多くは周囲との人間関係を上手く築けない人が受容を求めて電話し、他罰的な訴えを繰り返している現状がある。

「漠然とした自殺念慮がある」を含めると414名（27%）が何らかの自殺リスクを認める相談であった。思いを吐露することで自殺を思い止まったり、企図に至らなかったケースもあると思われるが、大部分は匿名での相談のため検証はできない。緊急性が高いと思われるケースは、名前等を確認し、主治医や保健所、警察、消防署等に連絡するように努めているが、相談者の一方的な訴えだけのため状況を把握しづらく、介入の難しさを痛感している。また、自殺遂行中（3名）や具体的な自殺手段を考えている人（48名）は、自殺手段として、大量服薬かリストカットを選んでいることが多かった。一人30分を基本としているが、自殺念慮を訴える人に対しては、自殺予防を掲げているため簡単には電話を切れず、対応に長時間を要している実情がある。さらに、対人関係のトラブル解決や金銭の要求等、死を切り札に脅迫してくる人もいて、対応に苦慮している。

本電話は、相談員に高いスキルを求められると共に精神的負荷も大きい。一方、昼間は正規職員が他業務を行いながら対応し、夜間は嘱託職員が一人で対応しており、相談の質、マンパワーや相談員のメンタルヘルスにおいて課題がある。現在、研修会・カンファレンスの実施、引き継ぎ、メモ等を通じて、相談員のスキルアップ、対応の連続性や精神的フォローに努めているが、それだけではカバーしきれない程に、攻撃性と依存性を併せ持つ人からの相談が増え、対応に苦慮している。また、正規職員にとっては、この電話相談の開設に伴って、直接的な電話相談対応、嘱託職員対応、報告等に多くの時間を費やし、他業務への影響が出てきている。

一方、この電話相談は多くの課題を抱えながらも、従来の電話相談に比して自殺と関連した相談が多く、自殺予防の一環にはなっていると考えられる。また精神科救急医療システム機能を持たない精神保健福祉センターが、緊急時に、医療機関や警察、消防署、保健所等との連携が可能であったことは今後自殺対策を進める上で重要である。さらに、「うつ・自殺予防対策」を啓発する際に、電話番号を一つのキーワードとしてPRしやすいという側面もある。

7 おわりに

自殺企図者の多くは「自殺の前には何らかのサインを出している」と言われている。電話相談は、そのサインを受け取る一つの重要な手段である。本報告の電話相談は、自殺対策において一定の役割を果たしていると言える。しかし、名称、関係機関との連携、マンパワー、相談員の技能、緊急時の対応体制、リピーターの問題等の克服すべき課題がある。

自死遺族支援における精神保健福祉センターと参加者との協同

－横浜市自死遺族の集い「そよ風」の現状と課題－

横浜市こころの健康相談センター

○木本克己 白川教人 鈴木志麻子

宮坂玲子 大倉よしの

1 はじめに

横浜市では、自死遺族支援の一環として平成19年7月から「自死遺族ホットライン」を、同年8月から「自死遺族の集い」を開催している。平成18年の「自殺対策基本法」の施行、平成19年の「自殺総合対策大綱」の策定等に伴い、各自治体でも自死遺族支援事業に取り組んでいるが、「集い」に関しては市民グループによる運営と精神保健福祉センター等行政が主体の運営と、その両方が散見される。

ここでは、当センターの自死遺族の集いの立ち上げからの経過と、さらにこれまで感じてきた課題とその対応として工夫してきた参加者との協同等の現状を報告し、精神保健福祉センターが運営する集いの利点や限界を考察したい。

2 横浜市自死遺族の集いの経過

平成18年度から自死遺族支援事業の企画・検討を行い、東京の市民団体を訪問して情報収集するなどの準備を始め、実施形態や内容を検討し、また、チラシ・ポスターの作成・配布、市としての記者発表、広報誌への掲載などの周知に努め、8月から「自死遺族の集い」を開催した。毎月1回、平日の午前10時～12時まで（平成20年9月からは12時30分まで延長）、横浜の中心部である横浜駅から徒歩5分の場所を会場として開催している。ファシリテーターは外部の経験者をお願いし、内容は『参加者同士の分かち合い』を中心としながらも当初は20分程度の『講話』を組み込んだ（後述するが、現在は分かち合いのみとなっている）。これまでの参加状況は表1のとおりである。

表1 これまでの参加状況

年度	実施回数	参加者数	参加者実数	うち、初参加	平均参加者数
19年度	8回	(延) 111名	46名	46名	13.9名
20年度	12回	(延) 119名	49名	41名	9.9名
21年度 (8月まで)	5回	(延) 63名	40名	15名	12.6名

平成21年4月からは、参加者からの提案で、横浜市の自死遺族の集いは「そよ風」という名称を得て、現在も開催している。

3 参加者のニーズと対応

自死遺族とひとくちに言っても、その抱える問題やニーズは様々である。開始当初から、「参加者の集いへの期待や想いをどう受け止めるか」について課題とし、周知方法の効果測定を含め、初回参加者へのアンケート用紙を配布してきた。さらに、当初は集いのなかで終了前の10分程度を利用して、運営についての意見交換や検討を行うなど、併せて参加者のニーズの把握に努めた。これにより、例えば当日会場入り口に設置する【自死遺族の集い】の張り紙の「自死」の文字を見ると辛くなる、参加人数が多いと話し足りない、グループに分かれての分かち合いがよい（またはよくない）など、様々なご意見をいただき、その都度スタッフで協議して対応してきた。

また、第1回目から、終了後に参加者同士で一緒に昼食に行く姿が見られ、第3回目終了時点から、話し足りない参加者が終了後に別会場で集いの続きを行う、有志による自主グループ『虹のかけはし』が生まれた（現在は休会中）。

4 参加者との協同をめざして

しかし、集いの終了後に運営についての話し合いを行うことについて、いくつかの問題点が明らかになってきた。すわわち、参加者の増加に伴い、分かち合いの時間が十分とれなくなってきたこと、参加者同士の想いや感情の交流で生まれる“よい雰囲気”が、最後の運営に関する事務的な話で損なわれると感じたこと、参加者のなかにはやっとの思いで参加し、自分のことを話したり他の人の話を聴く事で精一杯で、必ずしも全員が運営にまで関わることを望んでいないこと、などである。そこで、毎回の集いとは別に、「運営に関する話し合い」の場を設け、希望者に集まっていただくようにした。

これまで、20年度に2回、21年度（8月時点で）2回の「運営に関する話し合い」を行った。そこでは、分かち合いのより具体的な進め方や自主グループ『虹のかけはし』との連携についてなどを、参加者と一緒に協議、検討することができた。内容についても、参加者同士が分かち合える時間を十分にとりたいという意見が多く、当初行ってきた『講話』も20年6月より行わず、原則『分かち合い』のみとしている。また、継続して来ている参加者のなかには自分が回復に向かっているという実感をもち、より積極的に集いに関わりたいという思いの方もあり、参加者のなかで希望する方に今後研修を実施し、準スタッフ的な役割を担っていただくことを検討している。そのほか、当センターが自死遺族向けリーフレットを作成するに当たり、この「運営に関する話し合い」や集いのなかで内容やデザインについての意見やアイデアを求めたり、遺族の体験を手記として書いてもらうなどの協同も行った。

5 横浜市自死遺族の集い「そよ風」の現状と課題

参加者の中からは、「ここに来るとほっとする」「1ヶ月が待ち遠しい」「ここに来るようになって生活にゆとりがでてきた」などの声もいただいている。一方で、新規参加者の定着（継続参加）は十分とは言えず、参加者全員のニーズに十分応えているのか不明な点もある。また、「土日または夜間に開催してほしい」との要望も出ているが、当センターの現在の職員体制では難しい現状である。

当センターとしては、いずれは市民主体のグループが立ち上がり、ピアサポートが充実していくことを望み、またそのような展開を検討している。参加市民が主体的に関わることで、よりいっそうの参加者同士の連帯意識や各自の自己効力感が増すと期待でき、また土日開催など柔軟な運営も可能と思われるからである。しかしながら、現時点では先に述べた自主グループ『虹のかけはし』も休会し、先行きはわからない状況である。

その一方で、行政機関である精神保健福祉センターが主催者であることは、市民にとっては安心感を与えるという利点がある。また事前申し込みの必要ないセミオープンな形態は参加のハードルを下げる反面、自死遺族でない市民が当日受付にくるという可能性を含み、実際にそうしたことがあった。この場合も援助職スタッフが参加をお断りし、必要に応じて個別の対応を行うことができるという点なども、行政機関の利点といえよう。

横浜市自死遺族の集い「そよ風」は、今後も当センターが開催していく予定だが、参加者との協同によって市民参加の視点、利点を取り入れていくことができれば、より参加者のニーズに応えていくことが可能と思われる。今後、「そよ風」と並立して自主グループが複数立ち上がり、自死遺族がそれぞれのニーズに合ったグループを選択できるようになったとき、「そよ風」がその窓口として機能できるような連携をめざしていきたい。

自殺未遂者ケアに関する調査
—救急病院における自殺未遂者ケアの現状と課題について—

香川県精神保健福祉センター
○小塚裕亮 三谷理恵 藤岡邦子

1 はじめに

「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書」（厚生労働省：平成 20 年 3 月）によると、救命救急センター等で入院に至った自殺企図例のうち 42%に過去の自殺企図歴があり、さらに、自殺未遂者や自傷患者の 3～12%がその後自殺したという報告がなされている。このことから、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐことは、自殺予防を図る上で、重要な対策の一つであると考えられる。

そこで今回私たちは、救急医療施設における自殺企図者への救命治療および対応の現状を把握するため、県内の救急病院に対して、質問票による調査を実施した。本報告では、調査結果を中心に、救急医療施設での自殺企図者への対応の現状と課題について報告する。

2 目的と調査方法

- (1) 調査目的・
①救急医療施設における自殺企図者（自殺未遂者、既遂者）の救命治療の現状と課題を把握すること
②救急医療施設から、自殺未遂者ケアとしてどのような取り組みが求められているのかを聴取し、今後の対策を検討するための基礎資料とすること
- (2) 調査対象・香川県内の救急病院・救急診療所（二次救急及び三次救急）70施設。
- (3) 調査方法・記名質問票方式（郵送による配布・回収）。
- (4) 調査期間・2008年6月中旬～下旬
- (5) 調査項目・自殺企図者への対応の現状と今後の取組みについての項目。（設問数：18）
- (6) 調査協力・香川県健康福祉総務課

3 結果

- (1) 本調査は、70施設のうち59施設から回答を得ることが出来た。（回答率 84.3%）。回答者の内訳は、医師50名、事務職6名、看護師2名、医療メディエーター1名であった。
- (2) 自殺企図者（未遂者、既遂者）の受け入れについて（設問1・2）
59施設のうち、受け入れをしているのは、25施設(42.4%)。また、自殺企図者の1年間の受け入れ実数は22施設から回答があり、約600名であった。
- (3) 自殺未遂者に対する、精神的ケアの必要性について（設問3）
25施設すべてが、精神科医師等による精神的ケアの必要性を感じるという回答であった。
- (4) 精神科医療機関への支援要請の連絡や紹介、紹介方法について（設問4・5・6・8）
受け入れをした自殺未遂者にかかりつけ医（精神科医）がいる場合には20施設(80.0%)が治療に当たり連絡をとっている。また、かかりつけ医がいない場合でも、24施設(96.0%)で、その後何らかの形で精神科医療機関を紹介することがあるという回答があった。
- (5) 精神科医療機関への紹介に対する患者さんの拒否について（設問7）
19施設(76%)で患者さんに精神科医療機関に紹介しようとした際に、患者さん自身からの拒否を経験している。
- (6) 紹介先の精神科医療機関について（設問9・10）
24施設から回答があり、12施設(50.0%)では、紹介先からの受け入れ拒否を経験している。その理由の主な意見としては、「身体症状が重い場合、対応できないと拒否される。」「精神疾患ではないためという理由。」「時間外、夜間は受け入れ困難」「身体的に少しでも問題があると、診ることが出来ないと言う」「状況がよく分からない」等であった。

(7) 精神科医療機関に関する情報について (設問 1 1)

2 4 施設中 1 8 施設 (75. 0%) から、十分な精神科医療機関の情報がないとの回答があった。

(8) 自殺の再企図を防止するための対応について (設問 1 2)

2 4 施設中 2 1 施設 (88. 0%) からは、その後患者さんが自殺を再企図するのではないかとという危惧があっても、患者さん自身の拒否や精神科医療機関から受け入れ拒否等により、精神的なケアに結びつけられないまま、治療終了となることのあるとの回答があった。

(9) 継続した支援をするために必要なシステムや体制について (設問 1 3) <自由記載>

「精神科のない医療機関としては、自殺企図の患者を診察する際に、すぐ連絡し相談できる公的機関が必要です。可能であれば 2 4 時間対応出来るシステムがあればよいと思う。」

「院内の支援システム、救急医療体制の整備を図るとともに、病院と各種相談機関とのネットワークを作り、相談体制の充実を図る。」

「精神科以外の科のドクターが自殺について研修を受ける体制をつくる。」

「自殺者の多くが、誰かの注意をひきたくて、自殺行為を行ういわゆる狂言自殺が多い。精神科では「人格障害」と称されて治療の対象とならないとされることが多い。」

(10) 公的相談機関(保健所、精神保健福祉センター等)の情報について (設問 1 4・1 5)

2 3 施設 (92%) が、公的相談機関 (精神保健福祉センター、保健所等) の情報が必要であると回答している。

(11) 自殺未遂者の家族に対して必要な支援について (設問 1 6) <自由記載>

「一番必要なことは家族の支えだろうと思います。具体的な対応などの教育または精神的サポートが必要である。未遂者の心理状態がどのようなものであったか家族に情報提供する。」

「自殺に関する正しい知識を伝え支えていくことが必要。」

「心の健康相談、医療相談、生活相談等の 2 4 時間相談可能な窓口の設置。」

(12) 自殺未遂者ケア全搬について必要な対策や体制について (設問 1 7) (省略)(13) 香川県の自殺未遂者ケアへの取り組みに対する要望 (設問 1 8) <自由記載>

「精神科救急病院が「救急」「緊急性」を理解して、もっと機能しなければいけないと考える。」

「公立病院が民間のやりたがらない精神科救急にもっと積極的になるべきだと思う。」

「誰かに相談することが出来れば自殺を防げる可能性は十分にあるので、支援体制、窓口の必要性は大きい。状況は多種多様であるので、多方面からの取組が必要と思われます。」

「外来者の相談とケアが出来る医師、警察、行政機関から構成された人々による機関が必要。」

「取り組み自体の広報周知の徹底と 2 4 時間の相談体制の充実を望みます。」

「自殺未遂者だけでなく、自殺して一人残された妻や子ども等に対しても、自殺の検死段階から関係機関に連絡しケアの必要な人を助けておかないと後追い自殺等、未援助者となる。」

4 考察

(1) 本調査結果から、救急医療施設においては、受け入れた患者さんに自殺の再企図の危惧があっても、精神的なケアに結びつけられないまま治療終了となることが少なくないことが明らかになった。しかし逆に、精神科医療機関に紹介しようとした際に、患者さん自身からの拒否を経験しているケースも多いことがわかった。また、家族に対する支援の重要性についても多くの指摘があった。このような救急現場からの声を、適切な支援に繋げていくためには、今後私たちは、自殺未遂者本人の叫びや家族の訴えに耳を傾け、具体的にどのような支援を求めているのか、救急現場と連携して、その思いに真摯に向き合っていく必要があるだろう。

(2) また、公的相談機関 (精神保健福祉センター、保健所等) や各専門相談機関 (生活相談・多重債務相談) については、一層の体制整備と普及啓発活動が求められていることもわかった。

(3) 「救急医療施設における精神科医による診療体制の充実」を求める施設が多いが、医療的な支援と同時に、関係機関が多面的に役割を分担し協働しなければならないのではないだろうか。