

荒川区自殺未遂者調査研究事業 報告書

荒川区

はじめに

我が国では平成10年から14年連続して、年間3万人を超える人が自殺で亡くなっています。荒川区においても、毎年約50人が自殺によって尊い命を失っており、死亡原因の5位前後を推移しております。そのことを私は、大学生が中心となって実施したワークショップ「こころの健康推進」の成果発表会で聞かされ、大変ショックを受けたと同時に、対策の必要性を強く感じたことを今も鮮明に覚えております。

そこで私は、荒川区で、自殺に追い込まれる人を一人でも減らそうと、自殺予防事業を全庁的な取組として推進する方針を決定いたしました。

特に、支援の強化を図るべきと考えたのが、最も深刻な「自殺のハイリスクグループ」とされる自殺未遂者です。その支援の在り方は、全国的にもいまだに試行段階にあります。自殺は様々な要因が複雑に絡み合っており、これといった単純な解決策があるわけではありません。

慎重に検討を重ねた末、地域の自殺対策を進める上で自殺未遂者支援を避けることはできないと判断しました。荒川区では、NPO法人自殺対策支援センターライフリンクに調査研究を委託し、日本医科大学の高度救命救急センターと精神医学教室（以下、日本医科大学）と連携して、平成22年度から荒川区の独自の取組である自殺未遂者への支援強化に努めてまいりました。

本報告書は、そうした取組の中で明らかになってきた自殺未遂者の現状と自殺未遂者支援の課題をまとめたものです。自殺未遂者の処遇経過を調査分析することによって初めて分かってきたことが幾つもあり、自殺に追い込まれる人を一人でも減らすための「生きる支援」につながると信じています。

なお、この自殺未遂者調査研究事業は、東京都「地域自殺対策緊急強化基金・強化モデル事業」として先駆的な研究とすることができました。最後に、本研究に御協力いただいたNPO法人自殺対策支援センターライフリンク及び日本医科大学に厚く御礼申し上げます。

平成24年3月

荒川区長 西川 太一郎



目 次

はじめに

I	自殺の現状	1
1	全国における自殺の現状	1
2	荒川区における自殺の現状	2
II	調査の概要	3
1	目的	3
2	対象	3
3	方法	4
III	調査結果と考察	5
1	自殺未遂者の属性	6
2	自殺未遂の背景要因	8
IV	事例のまとめ	17
1	支援経過の概況	17
2	既遂事例の分析	19
V	今後の課題	21
1	自殺リスクの高いグループや要因への対策強化	22
(1)	自殺未遂者の再企図防止	22
(2)	独居の中高年男性への支援強化	22
(3)	無職者への支援強化	22
(4)	障がいや精神疾患を抱えた家族をもつ人への支援強化	23
(5)	生活保護受給者への支援強化	23
(6)	依存傾向への対応	23
(7)	児童虐待やDVへの早期対応	23
2	医療機関における自殺対策の強化	24
(1)	医療機関による適切な投薬管理	24
(2)	患者の服薬状況の管理体制強化	24
(3)	求められる身体科医療機関と精神科救急との連携	24

3	支援体制の基盤強化	25
(1)	繰り返す自傷行為・自殺未遂の特質への理解促進	25
(2)	複数の相談機関による連携体制の強化	25
(3)	介入（支援）における個人情報の壁	25
(4)	支援を受け入れない人への対応	26
(5)	支援者を支える仕組みづくり	26
VI	荒川区の今後の自殺未遂者支援の方向性	27
1	「切れ目のない総合的な支援」の推進体制の強化	27
2	庁内横断的な「自殺未遂者対策ネットワーク」の強化	28
3	区役所外の関係機関とのネットワーク構築	28
4	自殺の「ハイリスクグループ」「ハイリスク要因」への対応	28
5	将来の自殺リスク拡散を防ぐ「自殺のゼロ次予防」	29
6	若年女性に向けた自殺未遂対策の推進	29
VII	提言	30
1	全国的な自殺未遂者調査の実施	30
2	自殺未遂者支援のための連携体制の構築	30
3	シェルターなど緊急避難施設の整備・拡充	30
4	役割喪失感を払しょくするための「居場所」や「出番」づくり	31
5	学び直しの場の創設	31
6	自殺対策の担い手となるゲートキーパーの育成	32
7	「気づき」を支援につなげる緊急相談窓口の創設	32
8	命や暮らしに関する支援策情報にたどり着きやすい社会づくり	32
9	パーソナルサポート事業の全国展開	33
10	「生きる支援」の包囲網づくり	33
	おわりに	
	資料編	
1	地域の自殺の基礎資料【荒川区版】	34
2	自殺未遂者調査研究事業分析表	36
3	荒川区自殺未遂者支援フローチャート	38

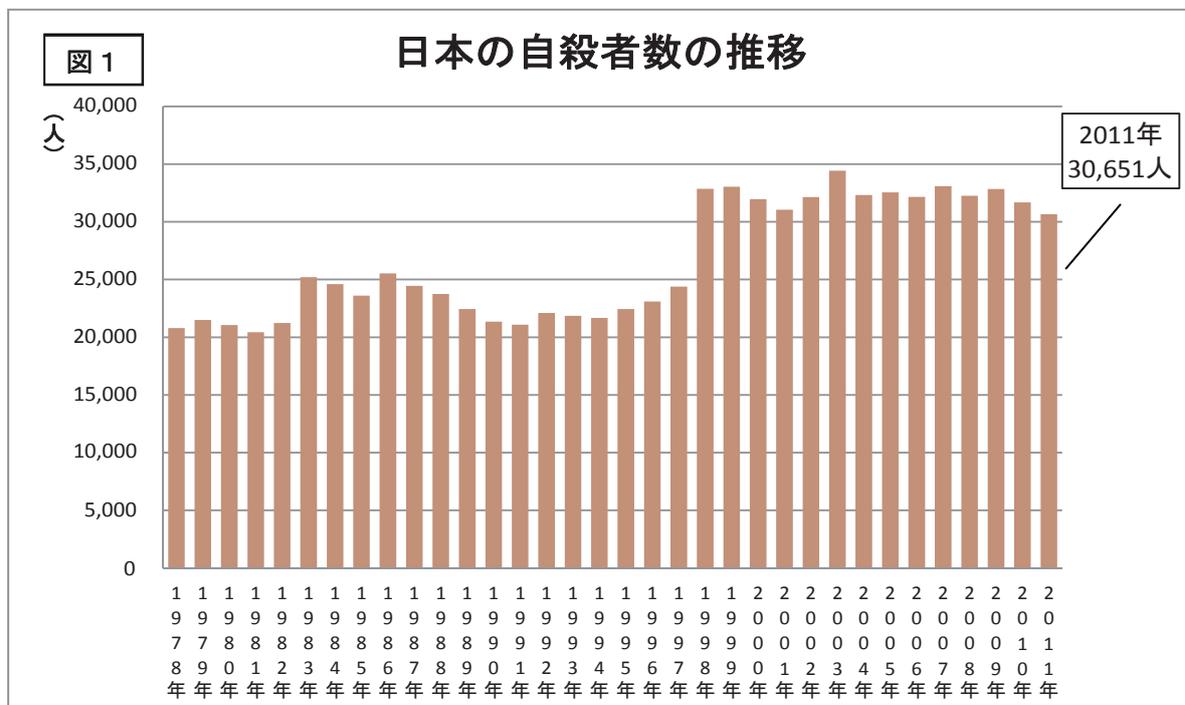
I 自殺の現状

1 全国における自殺の現状

全国における自殺者数は、平成 23(2011)年に 30,651 人となり、平成 10(1998)年以降 14 年連続で年間 3 万人を超えている【図 1】。前年比で 1,039 人減となったものの、依然として高い水準にとどまっている。全国で平成 23 年に交通事故で亡くなった人は 4,612 人であり、自殺者数はこのおよそ 6.6 倍にも及ぶ。

自殺者は男性に多く、平成 23 年も男性の自殺者数は 20,955 人で全体の 68.4% を占めた。年代別にみると、40～60 代の働き盛り世代で特に多く、この世代の男性だけで全体の約 4 割にも及んでいる。また、80 歳以上の人口 10 万人あたりの自殺死亡率は 28 人で、全世代平均の 24 人を上回っている。

一方、若者の自殺も増加傾向にある。20 年前の平成 3 (1991) 年と比較すると、20 代は 2,215 人から 3,304 人へ 1,089 人増、30 代では 2,391 人から 4,455 人へ 2,064 人増となっている。自殺死亡率でみると 1.5 倍である。昨年は、10 代の自殺者数も前年比 12.7% 増になり、「学生・生徒等」の自殺者数は前年比 101 人増の 1,029 人で 10.9% も増えた。15 歳以上の 10 代、20 代、それに 30 代の死因第一位は自殺であり、特に 20 代では死亡者の約半数が自殺で亡くなっている。



出典：警察庁「自殺の概要資料」

2 荒川区における自殺の現状

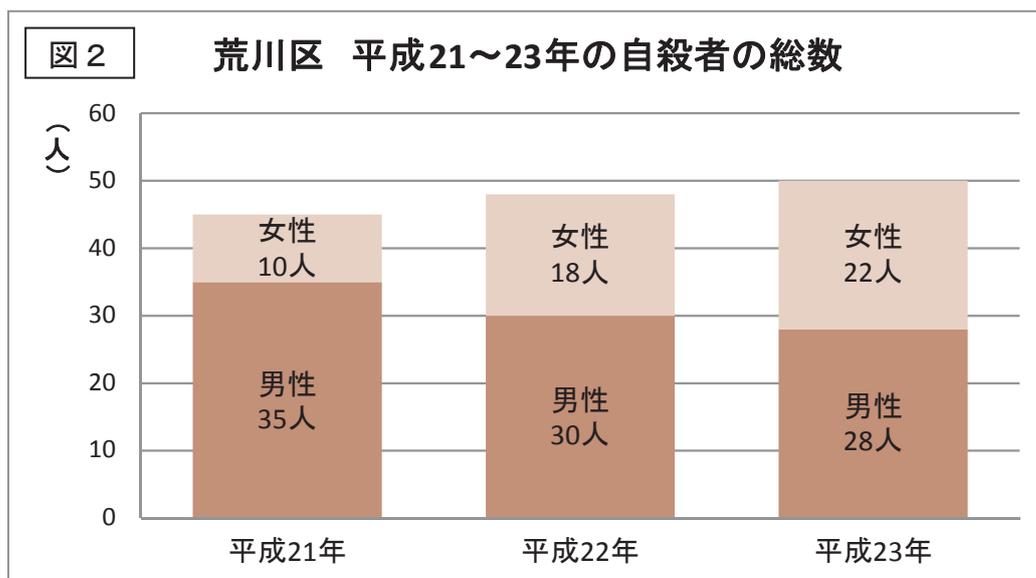
荒川区における自殺者数は、内閣府の発表によると、平成21年は45人、22年は48人、23年は50人である【図2】。

この3年間のデータを合算して分析すると【資料編 34～35 頁】、性別では男性が93人で、50人だった女性の約2倍に及んだ。年代別にみると、男性は93人中、60代がもっとも多く18人（19.4%）。次いで50代が17人（18.3%）、30代が15人（16.1%）、40代が14人（15.1%）と続いた。これらの世代だけで、男性全体に占める割合は64人で68.8%に及ぶ。女性（50人）では、30代が最も多く10人で全体の20%を占めた。50代、60代が同数の8人（16%）、40代の7人（14%）と続いた。同居人は、「あり」が82人で57.3%と、「なし」の58人（40.6%）を上回った。

職業別でみると、「無職者」が突出して高く、職業が明らかにされている129人中81人に上り、全体の62.8%に及ぶ。「被雇用・勤め人」は30人で23.3%、「学生・生徒等」は5人、「自営業・家族従事者」は4人だった。

原因・動機別(複数回答)では、「健康問題」が42人と最も多かったが、これはさまざまな悩みが複合的に絡み合った末に心身の不調につながったとも考えられる。「経済・生活問題」は13人、「勤務問題」は8人だった。原因・動機の組み合わせは公表されていないので不明である。

自殺の手段では、縊首が最も多く77人で59.7%。飛降りが23人で17.8%と続いた。場所は、自宅が69人で半数以上を占めた。自殺した曜日では、木曜日が13人、水曜日が8人、金曜日が6人で、週の半ばに多い傾向が見られた。



出典：月別の地域における自殺の基礎資料(内閣府 経済社会総合研究所 自殺分析班発表)

Ⅱ 調査の概要

1 目的

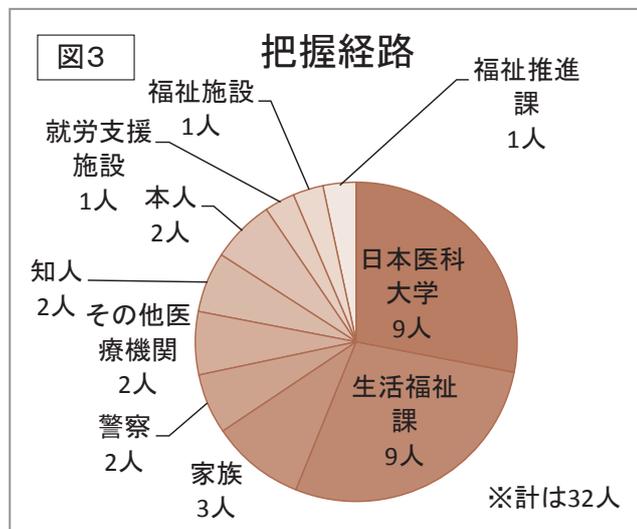
荒川区は、東京都「地域自殺対策緊急強化基金」事業の一環として、NPO 法人 自殺対策支援センター ライフリンク（以下、ライフリンクと記す）と協力して、平成 22 年～24 年 3 月まで、自殺未遂者の調査研究を行った。

特徴的なのは、「支援一体型の調査」として実施したことである。今回の調査において自殺未遂者とは、調査対象である一方、早期のケアを必要とする「自殺のハイリスクグループ」でもある。そのため、調査にあたってはヒアリングを通して荒川区の自殺未遂の実態を明らかにし、今後の対策に役立てるだけでなく、対象者への支援を適宜協議しながら、必要な場合は関係機関につなぐなど、自殺予防に役立てた。

2 対象

調査対象者は、日本医科大学から連絡を受けて、荒川区が把握した 9 人と、区的生活福祉課やその他関係部署が窓口などで把握した自殺未遂者 23 人で合計 32 人であった【図 3】。内訳は男性 19 人（平均 46.8 歳）、女性 13 人（平均 51.7 歳）であった。

なお、自殺未遂者が区の障害者福祉課につながった経緯は以下の 2 通りである。ひとつは、日本医科大学附属病院高度救命



救急センターへ搬送された荒川区在住の自殺未遂者のうち、入院期間中に精神科スタッフにより、今後の継続支援の必要性や適性を精神医学的に評価したうえで、退院後の継続支援について説明を受けて障害者福祉課に紹介される経路である。この経路で障害者福祉課へつながった人は全対象者 32 人中 9 人（28.1%）であった。もうひとつの経路は、障害者福祉課への直接の来所や生活福祉課などの関係部署が窓口となり紹介される経路である。后者の経路は、23 人（71.9%）であった。

3 方法

対象となった 32 人に対し、区の保健師やライフリンクのスタッフが、生活歴や自殺未遂に至った経緯を聞き取り、生活再建の支援につなげる一方、その記録情報をもとに荒川区の自殺未遂者の傾向や支援方法を分析・考察した。調査の上では、保健師が作成した「支援経過票」なども参考とした。要因の分類については、下記の表を利用した【表 1】。公表にあたっては倫理的配慮に十分留意し、個人の特定につながらないように、事例については一部改変している。

表 1 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、その他家庭関係の不和、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

Ⅲ 調査結果と考察

今回の調査を通じて荒川区の自殺未遂者の特徴を分析した結果、以下のような傾向がみえてきた【表2】。

表2 調査で明らかになった10のポイント

1. 32人中30人(93.8%)が複数の要因を抱え込んでいた(平均要因数は3)
2. 3要因の組み合わせ上位は「経済・生活×健康×家庭」「孤独×家庭×健康」
3. 男性のハイリスク要因は「40～60代×無職×同居なし」
4. 女性のハイリスク要因は「離婚×家庭問題×精神疾患」
5. 32人中7人(21.9%)が被虐待の経験あり(7人中5人が中卒・高校中退)
6. 32人中10人(31.3%)が依存傾向あり(うち、9人は無職)
7. 32人中24人(75%)が無職(うち、中卒・高校中退が11人)
8. 32人中10人(31.3%)が生活保護受給者
9. 女性は13人中9人(69.2%)が過去に自殺未遂歴あり(男性は31.6%)
10. 女性は13人中9人(69.2%)の自殺未遂手段が過量服薬

次ページ以降、詳細を報告する。

《1 自殺未遂者の属性》

今回の支援調査の対象となった自殺未遂者 32 人の属性を分析した。

【図 4～10】

男女比では、男性は 19 人で 59.4%、女性が 13 人で 40.6%を占めた。年代別にみると、32 人中 40 代が 10 人 (31.3%)、50 代が 9 人 (28.1%)、60 代が 7 人 (21.9%) と、中高年世代が突出して多く、全体の 8 割を占めた。平均年齢は 48.7 歳。最少年齢は 15 歳、最高年齢は 68 歳だった。

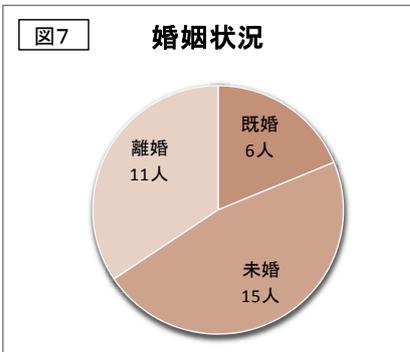
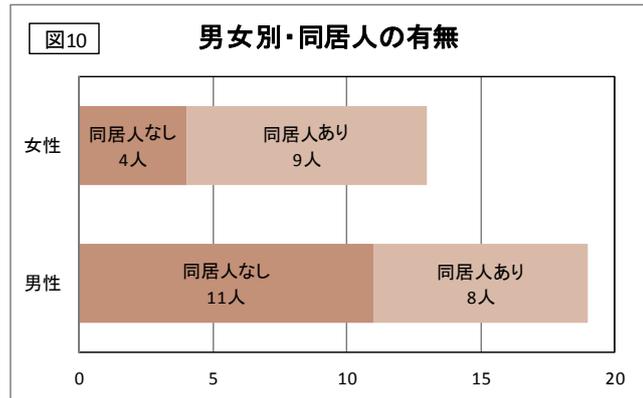
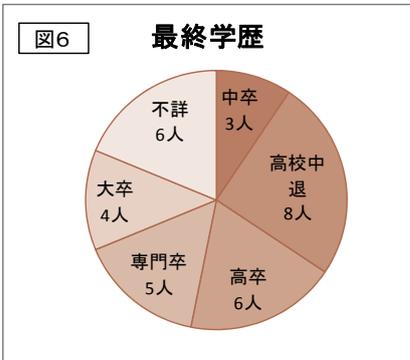
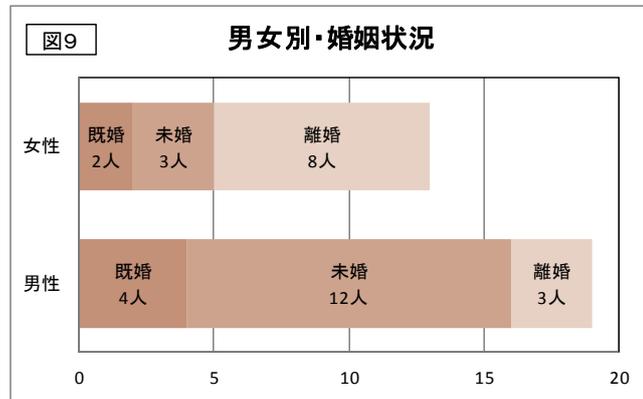
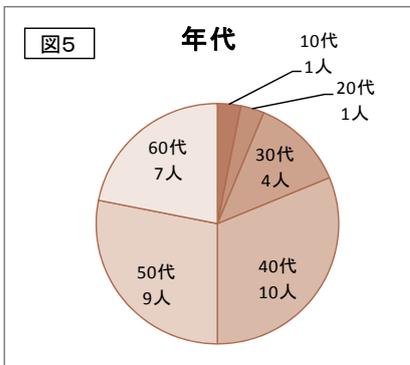
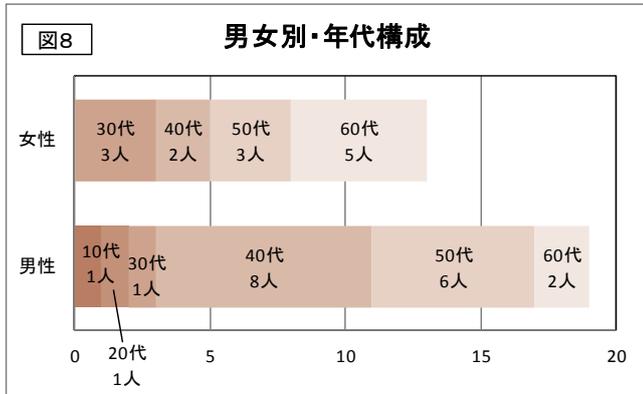
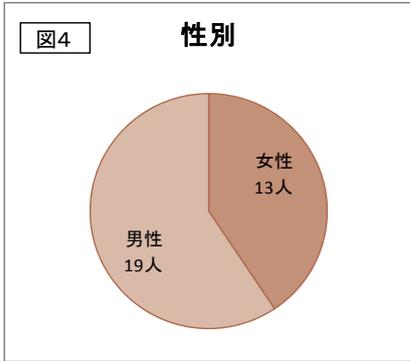
性別と年代をクロス集計すると、男性は 40 代が最も多く 8 人で 42.1%を占めた。次いで 50 代が 6 人 (31.6%)、60 代が 2 人 (10.5%) だった。10～30 代は、それぞれ 1 人(5.3%)ずつだった。女性は 60 代が 13 人中 5 人 (38.5%) ともっとも多く、30 代、50 代が 3 人 (23.1%)、40 代が 2 人 (15.4%) と続いた。

最終学歴では、高校中途退学が 8 人で 25%に達した。次いで高校卒業が 6 人 (18.8%)、専門学校卒業が 5 人 (15.6%)、大学卒業が 4 人 (12.5%)、中学卒業が 3 人 (9.4%) だった。学歴不詳の人は 6 人いた。(中卒と回答した人には、高校に進学しなかった人のほか、高校を中途退学した人が含まれる可能性がある。)

婚姻状況でみると、未婚が 15 人で 46.9%に及んだ。次いで離婚が 11 人 (34.4%)、既婚は 6 人 (18.8%) だった。男女別にみると、男性では未婚が突出して多く 19 人中 12 人で 63.2%に及んだ。既婚が 4 人 (21.1%)、離婚が 3 人(15.8%)だった。女性では離婚が 8 人で 61.5%を占めた。未婚は 3 人(23.1%)、既婚は 2 人 (15.4%) だった。

同居人がいない単身世帯は 15 人で、46.9%だった。男女別にみると、男性は同居人なしの単身世帯が 11 人で 57.9%。同居人ありの 8 人 (42.1%) を 15.8 ポイント上回った。一方、女性では同居人ありの人が多く、9 人で 69.2%を占め、同居人なしの 4 人 (30.8%) の倍以上だった。

調査対象の自殺未遂者(32人)



《2 自殺未遂の背景要因》

前掲の要因分類表【4 表 1】に従って、自殺未遂者本人や家族、支援にかかわった保健師から、それぞれの事例における自殺未遂の背景要因について聞き取りを行い（複数回答）、その内容を分析した。

1 32 人中 30 人（93.8%）が複数の要因を抱え込んでいた（平均要因数は 3）

聞き取り調査で得られた要因を【家庭】【健康】【経済・生活】【勤務】【男女】【学校】【その他】の 7 つの大分類に大別したところ、32 人中 30 人（93.8%）が自殺未遂の背景に複数の要因を抱えていた【資料編 36 表 7】。要因の数は、平均で一人 3 つだった。最多で 7 つの要因を抱えている人もいた。要因が単数の大分類に収まった人は 2 人とどまった。自殺の要因が決して単純でないことが示された。

2 要因の組み合わせ上位は「経済・生活×健康×家庭」「孤独感×家庭×健康」

要因の中で最も多かった組み合わせ（複数回答）は、「経済・生活×健康×家庭」の 3 要因で、12 人（37.5%）がこれに該当した【表 3】。次に多かったのは、40～50 代に多くみられた「孤独感×家庭×健康」、「経済・生活×孤独感×健康」で、それぞれ 10 人（31.3%）ずつ。「経済・生活×孤独感×家庭」が 8 人（25%）、「家庭×健康×男女」が 4 人（12.5%）だった。

表 3 自殺未遂の背景要因の組み合わせ

主な要因の組み合わせ				該当人数
1	経済・生活	健康	家庭	12
2	孤独感	家庭	健康	10
3	経済・生活	孤独感	健康	10
4	経済・生活	孤独感	家庭	8
5	家庭	健康	男女	4

最も多かった「経済・生活×健康×家庭」の組み合わせでみられた事例としては、①仕事や成績の不振から生活が不安定になり、家族不和を引き起こし、うつなどの精神疾患を発症して自殺を図る事例や、②経済的・精神的な支えだった親や配偶者を亡くして、生活苦からうつなど精神疾患を発症し、自殺未遂に至ったと推測される事例などがあつた。

表 4 は要因分類表を基に、32 人に対して聞き取り調査を行った結果である。

表 4 自殺未遂に至った背景要因(小分類・複数回答)

要因 (人)		要因 (人)		要因 (人)				
家族問題	親子関係の不和	11	勤務問題	仕事の失敗	0	男女問題	結婚をめぐる悩み	2
	夫婦関係の不和	6		職場の人間関係	3		失恋	0
	その他家庭関係の不和	6		職場環境の変化	1		不倫の悩み	0
	家族の死亡	3		仕事疲れ	1		その他交際をめぐる悩み	1
	家族の将来悲観	4		その他	0		その他	0
	家族からのしつけ・叱責	3		倒産	0		入試に関する悩み	0
	子育ての悩み	3		事業不振	0		その他進路に関する悩み	1
	DV	4		失業	10		学業不振	1
	被虐待	7		就職失敗	4		教師との人間関係	0
	介護・看病疲れ	2		生活苦	15		いじめ	0
その他	0	経済・生活問題	負債(多重債務)	0	その他学友との不和	0		
健康問題	身体の病気への悩み		6	負債(連帯保証債務)	0	その他	0	
	精神疾患への悩み		17	負債(その他)	5	犯罪発覚等	0	
	身体障害の悩み		2	借金の取り立て苦	1	犯罪被害	0	
	治療関係の悩み		1	自殺による保険金支給	0	後追い	1	
	その他		1	相続に関する悩み	2	孤独感	16	
	自殺未遂歴		15	その他	0	近隣関係	0	
	アルコール問題		5			その他	2	

▼ 精神疾患の悩み

小分類のうち、17 人 (53.1%) と最も多くに共通する要因として認められたのは「精神疾患の悩み」であった。

未遂後の診断まで含めると、ほぼ全員になんらかの精神状態の変調が認められているものの【資料編 36 表 8】、通院している人は半数程度にとどまっていた。精神疾患は、経済や家庭、健康などに関するさまざまな悩みが複合的に重なり、うつ病などが発症したものと考えられるが、本人がそれを認識し、「悩み」として抱えたり、通院していたりした人は半数程度にとどまっており、病識の低さ、治療へのつながりにくさをうかがわせる【資料編 36 表 9～11】。

▼ 孤独感

「孤独感」は、16 人 (50%) に認められた。離婚した人や未婚の人など、単身で暮らす人のほか、家族と同居しながら「孤独感」を抱えている人も 7 人 (21.9%) いた【資料編 36 表 12】。親子・夫婦など、「家族関係の不和」を

要因に挙げた人は累計で 23 人に及ぶ。

さまざまな問題を抱える中で家族の関係が悪化したり、問題に理解を得られずに孤独感を抱えたりすることが、自殺念慮を深める要因として働いたと考えられる。

▼ 生活苦

「生活苦」は、心身の不調で失業した人や母子家庭の母親など、15 人 (46.9%) に認められた。特に 60 歳以上では、7 人中 5 人 (71.4%) が要因として抱えていた【資料編 36 表 13】。

この年代は、いったん職を失うと次の働く先を見つけるのが困難なため、無収入になったり貯金が底をついたりした時に先々の見通しが見つからない不安に襲われる事例があると推定される。

また、家族からの援助を支えに生活していた障がい者が、家族の高齢化によって支援を受けられなくなり、そのまま生活苦に陥って自殺企図に至ったとみられる例もあった。生活苦に別の要因が複合的に重なると、絶望感が強くなって自殺念慮を高める傾向にあると推察される。

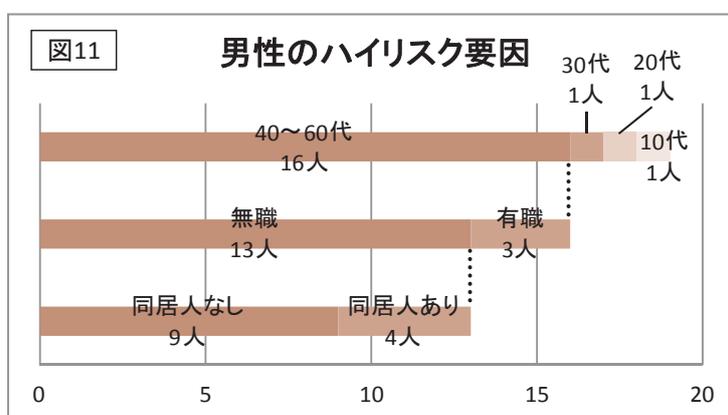
▼ 過去の自殺未遂歴

同じく 15 人 (46.9%) に認められたのが、「過去の自殺未遂歴」である。これまでの研究でも、自殺未遂者には過去の未遂歴を持つ人が多いことが指摘されてきたが、今回もその傾向が認められた。中には死に至らない程度の過量服薬を繰り返して頻繁に病院に搬送されている事例もあった。精神疾患の症状として自殺念慮を抱えることもあり、治療と合わせた適切なケアが必要である。

3 男性のハイリスク要因は「40～60 代×無職×同居人なし」

男性の自殺未遂者は、40～60 代の中高年が 19 人中 16 人 (84.2%) を占めた。

さらに、そうした中高年男性が「無職」で「同居人なし」の場合、自殺リスクが高まることが示唆された。今回の調査で、男性の未遂者 19 人中 9 人 (47.4%)



が、「40～60代×無職×同居人なし」に該当したのである【図11】。

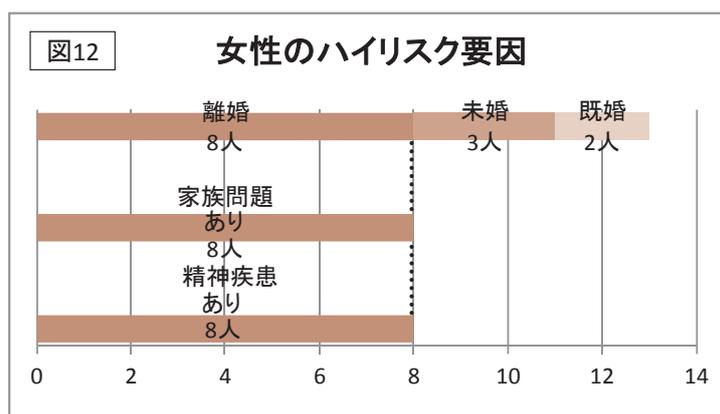
事例でみると、「親の介護」や「高校中退」などが原因で定職につけなかった人や、「事業の失敗」などがきっかけで「生活が不安定」になり、「離婚」や「精神疾患」につながった事例が認められた。

また女性は離婚歴があっても子どもたちと同居していることが多いのに比べ、男性は離婚後に独居状態になる傾向にあり、孤立を深める要因になっていると考えられる。

その他、属性の項目でも触れたとおり、男性の自殺未遂者に関する特徴としては、19人中12人（63.2%）が未婚であったことがあげられる。12人の平均年齢は45.4歳で、うち10人（83.3%）は無職であった【資料編36表16】。

4 女性のハイリスク要因は「離婚×家庭問題×精神疾患」

女性の自殺未遂者で特徴的だったのは、13人中8人（61.5%）が、「離婚」と「家庭問題（幼児期の虐待や、家族の喪失など）」、それに「精神疾患」という3つの要因を複合的に抱えていたことである【図12】。そのうち、過去に自殺未遂したことがある人は7人（87.5%）であった。



男性の離婚者は全員が独居状態だったのに対し、女性は8人のうち5人が子どもと、1人が父親と、同居していた【資料編36表18】。一般的に離婚後も女性が子どもを養育する傾向があるためとみられる。そのため今回の調査でも、女性が男性のように「離婚により独居状態になることで孤立感を深め、自殺に至る」といった状況にある人は少なかったと推測される。

その一方で女性は、子育てや親の世話のストレス、精神疾患を抱える家族へのケアなどにより、複合的に問題を抱え込み、自殺念慮を高めていったとみられる事例もあった。家族と同居していた女性9人のうち、同居人が精神疾患や依存傾向、認知症を抱えていた人は5人【資料編36表19】、家族からの叱責が引き金になって自殺企図した人が1人であった。保健師が「本人の支援のために家族との分離が必要」と判断した人が2人いた。

これまでの研究などから、自殺未遂者には若年女性が多いと言われているが、今回の調査ではそれらの層がほとんど含まれていなかった。理由の一つとして、日本医科大学からの紹介による把握は 9 例であり、事例の数が少ないことが考えられる。また、区の把握ルートも、生活保護の申請などで窓口を訪れた際に自殺念慮に気づき、障害者福祉課につないでいた事例が多く、区役所を訪れる機会が少ない若年女性がなかなか支援につながりにくかったと考えられる。

5 32 人中 7 人 (21.9%) が被虐待者 (7 人中 5 人が中卒・高校中退)

32 人のうち、調査の過程で本人から得られた情報では、両親または保護先の施設職員から虐待を受けたことがある人は 7 人 (21.9%) である。そのうち男性は 3 人、女性は 4 人であった【資料編 37 頁表 20～25】。

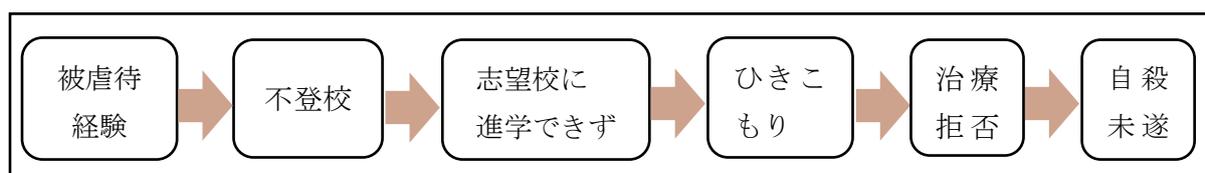
この 7 人の属性を見ると、

- ・ 全員が無職
- ・ 全員がうつ病などの精神疾患、またはアルコールなどへの依存傾向を抱えている
- ・ 全員に過去の自殺未遂歴がある
- ・ 最終学歴は中卒が 2 人、高校中退が 3 人 (合わせて 71.4%)
- ・ 5 人が生活保護を受給。あとの 2 人は家族の収入に頼るか、無収入
- ・ 5 人が離婚歴あり

などの共通項が浮かび上がってきた。

今回調査対象になった被虐待者の事例を見てみると、以下のような経過をたどったと推察される【図 13】。

図 13 被虐待後の経過の一事例



前述のように、被虐待者は中卒や高校中退などに多い傾向が見られた。精神疾患の罹患率も高く、把握した事例の中で、安定的に就労できている事例はほとんどみられなかった。不安定就労は、生活苦、家族不和などを引き起こす原因ともなり、自殺念慮を増幅させる原因ともなりうる。また、被虐待の経験は、自らが夫や妻、親となって家庭を築く際にも大きな障がいになるとみられ、少なくとも3人に複数回の離婚経験があった。(女性は4人中3人が結婚後に再び夫からの家庭内暴力・DVの被害に苦しみ、それが原因で離婚していた。)

これまでも自殺未遂と被虐待経験の関係が指摘されており、今回の調査でも被虐待の経験が自殺の背景要因として根深く潜んでいることが示唆された。

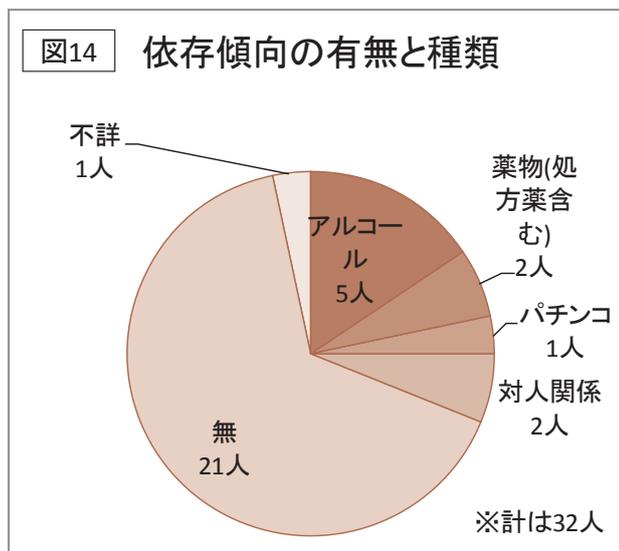
6 32人中10人(31.3%)が依存傾向あり(うち、9人は無職)

32人中、アルコールや薬物への依存傾向が認められた人は10人(31.3%)に上った【図14】。

(このグループには、被虐待経験者が4人含まれている)。この10人の最終学歴は、中学卒業が1人、高校中退が5人だった。また、10人中9人(90%)が無職で、7人(70%)が生活保護を受給していた【資料編37頁表26~28】。

個別の事例では、親の離婚といじめを経験し、高校を中退、のち

に処方薬依存になった事例もあった。あるいは、事業の失敗とそれともなう離婚、仕事のストレスや生活苦などが重なって、依存傾向を助長している事例もみられた。



7 32人中24人(75%)が無職(うち、中卒・高校中退が11人)

自殺未遂時における「就労・経済状況」の特徴は、32人中、75%にあたる24人が無職だったことである【図15】。いずれの人も、雇用保険や生活保護、親族の収入や貯蓄などを頼りにせざるを得ない厳しい生活状況にあった。日雇い派遣、アルバイトなど不安定な就労状態の人も3人おり、生活の基盤のぜい弱さ

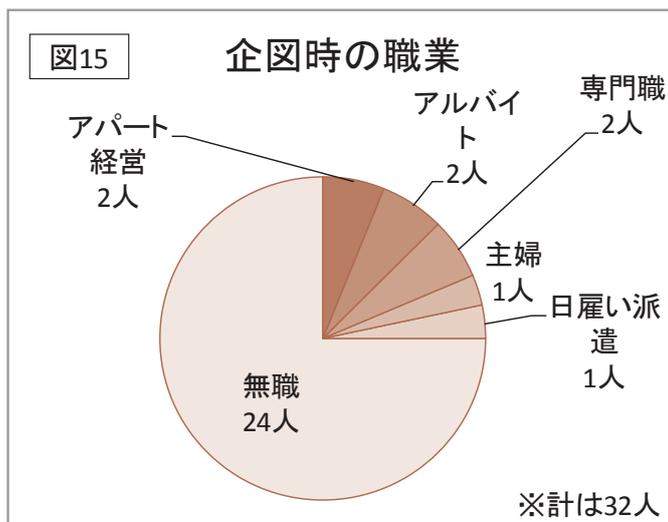
が自殺念慮を高める要因の一つとなった可能性がある。

無職者のうち、54.2%を占める13人は未婚者、37.5%にあたる9人は離婚者だった。未婚者と離婚者の合計は22人と、実に91.7%にのぼった【図17】。

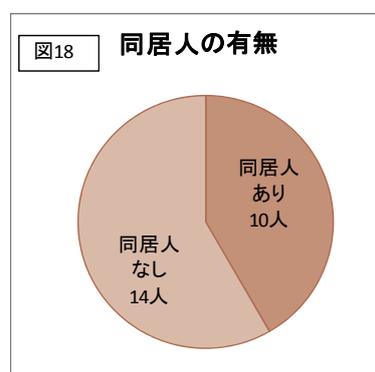
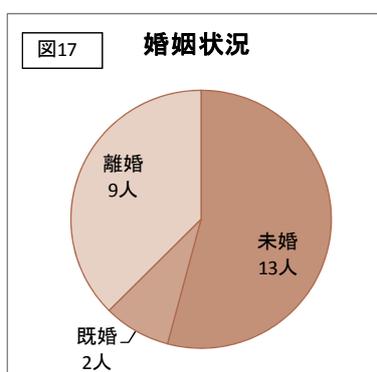
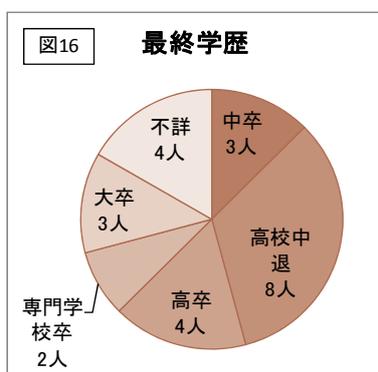
また同居人がおらず、単身で暮らしている人も14人で58.3%だった。区の単身世帯

の割合は42.6%であり、今回調査対象者となった自殺未遂者全体においても単身が占める割合は46.8%であることから、無職者の独居率は11.5～15.7%もそれらの平均を上回っていることになる【図18】。

もう一つ着目すべき点は、「最終学歴が中学卒業または高校中途退学」の11人は全員が無職であったことである【資料編37表29】。高校中退の理由には、親の経済的な事情やいじめ、非行などもあったが、就学をあきらめたことで仕事に就きづらく、そのことからさまざまな問題が派生して自殺リスクを高めたと考えられる事例が複数あった。

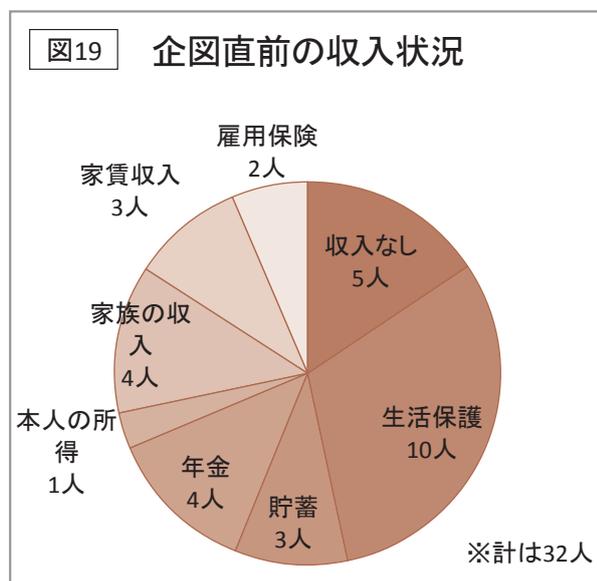


無職者（24人）の属性



8 32人中10人(31.3%)が生活保護受給者

自殺企図直前の収入状況を見ると、生活保護を受給していた人は10人(31.3%)だった【図19】。それ以外にも、無収入の人が5人(15.6%)おり、調査対象者の約半数が経済的に自立できていない状態だった。(他にも、貯蓄の切り崩しや年金生活をしている人がほとんどで、本人の所得で生計を立てている人は1人であった。)



9 女性は13人中9人(69.2%)が過去に自殺未遂歴あり(男性は31.6%)

女性の傾向として、自殺未遂を繰り返すことが挙げられる。今回の調査を実施する以前にも自殺未遂をした経験があると答えた女性は、13人中9

表5 過去の男女別・自殺未遂歴 (人)

	未遂歴なし		未遂歴あり		不明		計
男性	10	52.6%	6	31.6%	3	15.8%	19
女性	4	30.8%	9	69.2%			13
計	14		15		3		32

人(69.2%)にのぼった【表5】。一方、男性では、19人中(未遂歴の有無不明を含めて)6人(31.6%)にとどまった。未遂を繰り返すうちに既遂に至る危険性もあり、自殺未遂者への適切かつ迅速な支援の必要性が浮き彫りになった。

10 女性は13人中9人(69.2%)の自殺未遂手段が過量服薬

32人の自殺未遂手段をみると、過量服薬が16人と半数を占めた【表6】。次いで腹部、頸部などの切傷・刺傷が4人。縊首、飛降り、入水、練炭による一酸化炭素中毒2人などと続いた。

過量服薬は女性に多く、自殺未遂した13人中9人(69.2%)にのぼった。男

性では、19人中7人（36.8%）だった。

本調査とは別に、内閣府経済社会総合研究所自殺分析班の資料によると、荒川区の既遂者の自殺手段で例年 25 件ほどと最も多かったのは縊首である【資料編 35 頁】。一方、未遂者では過量服薬が圧倒的に多く、縊首はわずか 2 人だった。

なお、過量服薬によって自殺未遂をした人の中には、担当医から一度に一か月分の薬を処方されていた人がいた。

表6 未遂者の企図の手段

手段	計(人)
過量服薬	16
自傷行為	4
縊首	2
飛び降り	2
入水	2
練炭	2
服毒	2
その他	2
計	32

IV 事例のまとめ

1 支援経過の概況

区が自殺未遂を把握した 32 人のうち、継続的な支援ができた対象者は 23 人であった。うち 19 人（82.6%）は自殺を再企図していない。また、支援後の生活保護受給者は、介入前の 10 人から 17 人に増加した。一方、区外への転出や支援の継続ができなかった人は 9 人いた。うち 4 人が既遂に至っている。その他の 5 人は、区外に転出または退院と同時に連絡が取れなくなっている。それ以外では、アルコール依存があるが病識がなく治療に応じなかった事例があった。アルコール依存症者には自助グループの利用を勧めてきてはいるが、依存症者の多くが自分の依存を否認する傾向が強く、継続した支援が必要である。

これらのことから、収入が保護基準以下で生活苦の状態にありながら、情報不足や心理的抵抗感、または精神疾患やうつ状態による思考能力の低下などのために、生活保護や介護保険など、認知度が高いと思われる支援制度にすら自力でたどりつくことができない人が多かったと推察される。しかし、関係機関や庁内関係部署との連携が構築されていたことにより、非常事態を把握し、支援につなぐことができた。

また、退院時の支援のつなぎ方や、病気を否認する傾向が強い依存傾向の人への対応などについては、継続した支援につなげる工夫が必要である。

(1) 医療機関との連携

(※プライバシーに配慮して一部改変)

・ 60 代男性：自己破産+生活保護受給で安定

60 歳を過ぎて勤め先を解雇され、そのまま無収入で生活していたが、貯金が底をつき、60 万円の借金も返済不能になった。「死ぬしかない」と思い詰めて、過量服薬による自殺未遂に至った。

救急搬送先の医療機関からの連絡により、障害者福祉課が支援を開始し、男性の自己破産と生活保護の手続きを支援した。現在、男性の体調は安定しており、精神科の受診も不要となっている。

・ 40代男性：就業訓練を紹介

仕事を解雇されて、雇用保険を受けながら求職活動をしていたが、一向に仕事が見つからず、悲観的になり自殺企図。

支援に関しては、救急搬送先の医療機関から区役所に連絡が入り、保健師が男性にハローワークの基金訓練を紹介した。訓練終了後、保健師が支援を継続する中で再就職につながった。

(2) その他関係機関などとの連携

(※プライバシーに配慮して一部改変)

・ 60代女性：知人から連絡→介護保険申請で安定

統合失調症。精神的にも経済的にも姉からの支援を受けて生活していたが、姉が高齢になってきたためそれが困難に。女性は、孤立感を抱き、自殺企図。

支援に関しては、女性の知人から連絡があり、入院中に保健師が訪問。介護保険を申請し、精神科デイケアや訪問介護を利用し、安定している。

・ 40代男性：区の他部署からの連絡→生活保護などで安定

人間関係の構築に難があり、就職できず、ネットカフェで生活していた。

支援に関しては、男性が住宅費の相談で区役所に来訪した際、区の福祉課の職員が自殺未遂の跡を発見し、精神保健担当者に連絡。精神科病院への入院につなげた。その後、生活保護の手続きを支援し、男性はグループホームやデイケアなどの利用を開始し、現在は安定した生活を送っている。

・ 50代女性：アルコール依存症、過量服薬を繰り返す

幼少時に被虐待の経験あり。高校時代に、喫煙がきっかけで中途退学。その後、結婚したものの夫からのDVを受けて離婚。若いころから大量に飲酒し、アルコール依存とパーソナリティ障害を抱えている。対人関係に揺れやすく、頻繁に過量服薬による未遂を繰り返して緊急搬送されている。アルコール依存症の自助グループへの参加を勧めているが、つながっていない。

(3) 支援が途絶えた事例

(※プライバシーに配慮して一部改変)

・ 40代男性：病院退院後に、連絡が取れなくなる

配置転換で勤務時間と責任が増大。不眠になり退職したが仕事が見つからなかった。抑うつ状態だが精神科の受診歴はなく自殺企図に至る。親族が生活保護の相談に来所したが、利用には至らなかった。病院退院後、連絡が取れなくなった。

2 既遂事例の分析

調査実施後に自殺で亡くなった4人は全員、支援が継続できなかった

(2人は本人、2人は家族が支援に応じなかった。4人中3人の家族は精神疾患を抱えていた)

今回の調査対象者のうち、4人が調査開始後に自殺の再企図をして既遂した。ここでは既遂に至った3事例を紹介する。(各事例については、プライバシーに配慮して一部改変)

① 60代女性：

体の不調で仕事ができず、経済的に困窮。抑うつ感や希死念慮があったが精神科を受診することはなかった。初回の未遂後に保健師が介入して入院をすすめたが、本人が入院を希望しなかったために、家族も精神科病院の入院に同意せず。精神疾患がある子どものことも含めて、今後の方針を検討中に既遂して亡くなる。

② 60代男性：

自殺する前の月に末期がんが発覚した。抑うつ感や自殺念慮があったため、同僚が異変に気づき、区役所に連絡。保健師が自宅を訪問したところ、自殺を図ったような傷が体にあるのを発見。低収入で治療費を捻出できないことを悲観していた。生活保護の手続きを進める約束をしたが、約束の日に来所せず、保健師が再度自宅を訪問した時には既遂していた。

③ 30代男性：

精神疾患と抑うつの症状があった。家族のほとんども、なんらかの精神疾患を患っていた。本人は自殺を図ったが未遂に終わり、けがを負ったが、一度は一命を取り留めた。しかしその後、適切な治療に結びつかずに、過量服薬で既遂。

既遂に至ってしまった4つの事例では、2件は本人が、2件は家族が支援を求めなかった。家族の意見で支援が継続できなかった2件については、家族も精神疾患を抱えていたため、本人にどのような支援が必要か、判断ができなかった可能性がある。

既遂した4人のうち、1人は独居、3人は家族と暮らしていたが、その3人の家族が精神疾患を患っていた。①の60代女性の事例では、仕事の不振に、精神疾患を持つ子どもの介護が重なり本人がうつ病になっていた。区は入院を勧めたが、本人が拒否したため、家族も医療保護入院に同意せず、既遂に至った。30代男性の事例では、一度目の未遂で肢体不自由になったが、家族から必要な支援を受けることができず、再企図の際も防ぐことができなかった。

家族が精神疾患を抱えていた事例は全体で9件であり、約3割が既遂に至っていることになる。こういった事例では、支援対象者だけでなく、家族全体に対する支援を強力的に推し進めることが重要と考えられる。

V 今後の課題

荒川区では、【図 20】のように全庁的な規模で自殺予防事業を推進してきており、成果として、関係機関とタイアップした人材養成、普及啓発活動、顔の見えるネットワークの構築が実現してきたところである。22年度からは、新たに自殺未遂者に対する支援事業も展開しており、ここでは本調査研究を通じて明らかになった、今後の自殺未遂者対策における課題をまとめた。

注目すべき点は、自殺未遂者の中に、子どもの頃に虐待を受けた人やDV被害者が含まれていたことである。区においてはこれまでも、児童虐待の早期発見と被虐待児童への支援、区民の啓発を目指し、子ども家庭支援センターなどの子育て支援部署が児童相談所や健康関係部署と緊密な連携を図り取り組んでいる。また、DV被害者の支援についても男女平等推進センター（アクト 21）が、被害者との対面相談「こころと生き方、DVなんでも相談」を実施するなど、関係機関との連携会議による支援と啓発に努めている。

個別の課題についてそれぞれに対策を進めてきたところであるが、今後は、自殺予防・虐待防止・DVの予防を総括して『生きる支援』ととらえ、各関係機関が密接に連携して総合的な支援体制を作っていくことが課題となる。

【図 20】

荒川区の自殺予防事業の概要		
人材養成	普及啓発	ネットワーク
<ul style="list-style-type: none"> ・ゲートキーパー研修「気づく、つなげる、ささえる」 [区職員・区議会議員・児童民生委員・関係機関等] ・ゲートキーパー・フォローアップ研修 ・区民団体へのゲートキーパー研修 ・多分野合同研修 ・自殺予防手引きの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・啓発グッズ（こころと命のカード・マグネットシートなど）、転入者配布用リーフレットの作成 ・DVD「お父さん、眠れますか」の作成 ・区のホームページに支援の簡単検索システム導入 ・図書館・区役所で自殺予防の特別展示 ・各種イベントでの広報、講演会の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・全課長説明会 ・自殺予防事業実務担当者連絡会 ・精神保健福祉ネットワーク会議 ・精神保健福祉連絡協議会 ・自殺未遂者支援連絡会

1 自殺リスクの高いグループや要因への対策強化

(1) 自殺未遂者の再企図防止

自殺未遂は、最大の「自殺リスク」である。本調査でも、32人中15人(46.9%)が過去に自殺を試みていたことが分かっている。未遂を放置しておけば、何度も未遂を繰り返す恐れがあり、既遂に至ることもある。実際に、本調査開始後に、支援が途切れた調査対象者の4人が、再企図して既遂した。自殺未遂を把握した段階で、速やかに自殺未遂者への支援に入れる体制づくりが必要である。

(2) 独居の中高年男性への支援強化

独居の40～60代の中高年男性の自殺未遂が、全体の31.3%（10人）を占めていた。とりわけ、失業などにより無職の状態にある男性の自殺未遂が多かった。本調査によると、失業により生活が不安定になり、将来への不安を募らせていったとみられる事例があった。そのうえ、再就職がうまくいかずに自信を喪失し、家族関係が悪化して離婚に至る、などの経過が認められた。仕事を失ったことから様々な問題を複合的に抱え込み、孤立していくことが推測される。そうした独居の中高年男性への支援強化が必要である。

(3) 無職者への支援強化

職業別では、32人中24人（75%）が「無職」で最も多かった。就労意欲のある人の場合、就職活動がうまくいかなければ、自分の経験や能力、さらには存在までもが否定された気持ちになるのではないだろうか。そこに急激な収入の減少による生活苦や多重債務などの要因が加わると、自殺リスクが急速に高まっていくと考えられる。また、就労を希望しない場合や定年退職した場合でも、社会の中での居場所を見出せなければ、次第に自殺リスクが高まっていきかねない。仕事を失ったことで他の様々なものも失う傾向にある無職者に対しては、就労支援だけでなく、総合的な支援を行う必要がある。

(4) 障がいや精神疾患を抱えた家族をもつ人への支援強化

障がいや精神疾患を抱えた家族への介護が原因で、精神疾患を発症したとみられる人がいた。さらに、家族が精神疾患を抱えていたため、調査の対象者が自殺念慮を抱いた時に適切な対応ができず、結果的にその対象者が既遂に至った例が3件あった。障がいや精神疾患を抱えた人自身の自殺リスクだけでなく、そうした人たちの介護にあたる家族の自殺リスクにも目を向ける必要がある。当事者だけでなく、当事者家族への支援の強化が必要である。

(5) 生活保護受給者への支援強化

厚生労働省の調査によると、生活保護受給者の自殺率は一般の人の2倍に及ぶ。本調査の事例によると、経済的にも心理的にも社会から孤立し、自己肯定感を低下させていく中で自殺企図に至ったとみられる生活保護受給者がみられた。生活を支えるための経済的な支援のみならず、地域との関係性を作り直すための支援も必要だろう。

(6) 依存傾向への対応

アルコールやギャンブル、他人への依存傾向を持つ人は、本人に病識がなく、受診につなげられない事例が目立った。依存傾向については周囲がその問題に気づきながらも介入できず、結果として依存が悪化していくことがある。そのため支援者は継続的な働きかけをし、家族や周囲に対しても家族教室の受講を勧めるなど、適切な接し方の知識の普及に努める必要がある。

(7) 児童虐待やDVへの早期対応

幼少期の虐待や配偶者からのDVの経験が、自己肯定感の低下につながり、自殺未遂の遠因となっている可能性が高い。被虐待者には、高校に進学しない・できない、中途退学するという事例が多く、また結婚後も配偶者からDVを受けて離婚するなどの経験をしている人もいた。問題の連鎖を防ぐために、児童虐待やDVへの早期対応、長期的な支援が欠かせない。

2 医療機関における自殺対策の強化

(1) 医療機関による適切な投薬管理

繰り返される自殺未遂の手段として多いのが過量服薬である。今回の調査でも、対象者 32 人中 16 人（50%）が過量服薬による未遂で、手段としてはもっとも多かった。「一度に一か月分の薬を処方された」との証言もあり、医療機関側の対応も問われる。

(2) 患者の服薬状況の管理体制強化

たとえ医療機関が適切な量を処方しても、患者がそれを指定された間隔で服用せずにとり込み、自殺念慮が高まった時に一気に服薬するという場合もある。医療機関には、特に自殺念慮が高い人に対し、処方する量を調整するなどして自殺企図につながらないように配慮を呼びかけるとともに、処方時だけでなく、適切にそれが服薬されているか確認する体制を強化する必要がある。

(3) 求められる身体科医療機関と精神科救急との連携

自殺未遂で救急搬送されると、身体科（内科・外科など）で胃洗浄や外傷などの治療を受けて自宅に戻る事例が多い。しかし、うつなどの精神症状や自殺念慮については、治療もされず、次の支援にもつながらないままであるのが救急医療の現状であると言える。

自殺未遂者支援において精神科医療が果たすべき役割は大きい。その一方で、精神科救急の受け入れ態勢は非常にせい弱である。水際での自殺予防のためにも、受け入れ態勢の強化が急務である。

3 支援体制の基盤強化

(1) 繰り返す自傷行為・自殺未遂の特質への理解促進

自殺未遂者への支援を考えるにあたって重要なのが、繰り返す自傷行為・自殺未遂の特質を理解することである。死に至らない程度の自傷行為や過量服薬を繰り返すのは、自らの問題解決能力を超える問題を抱えてしまった時、または過去の被虐待歴などから自分の存在価値を見いだせないでいる時に、「死ぬ以外に解決策はない」という衝動と、それでも「生きたい」という思いとの葛藤によって起きる行為だといわれている。周囲に対する SOS のサインである場合も多く、直近の行動だけでなく、過去の生活歴や経過までを見通した支援が必要である。

(2) 複数の相談機関による連携体制の強化

今回調査した事例では、32人中30人(93.8%)が自殺未遂に至るまで複数の要因を抱えており、1人あたりの平均要因数は3つだった。複数の要因を抱えてしまうと、問題解決策も複雑になりがちで、解決に至るまでの道のりが長くなる。結果、その過程で自殺念慮が強くなり、企図に至るリスクも高まる。法律や就職、生活や健康問題など、相談機関が連携して複数の要因に対応できる支援体制の強化が必要である。

(3) 介入(支援)における個人情報の壁

本調査において自殺未遂者として把握した人のうち、2人は問題が解決せず、自殺リスクを抱えたまま、区外へ転出してしまった。そのため、支援が断絶し、さらにリスクを高めることになりかねない。自殺の背景要因やそれらへの支援情報は「個人情報」ではあるが、本人の同意を得て自治体間で情報を共有し、支援を継続することが必要である。

(4) 支援を受け入れない人への対応

調査開始後に既遂に至った4人の事例では、すべての事例において本人または家族が支援を求めなかった。家族も精神疾患を抱えているために適切な判断ができなかったと思われるのは3件であった。また、既遂には至らなかったものの、連絡がとれなくなって支援が絶たれてしまった例もあり、こういった場合の対応策の検討は緊急の課題である。

(5) 支援者を支える仕組みづくり

本調査を通して支援者から、「毎年その(自殺の現場に立ち会った)時期になると、その光景を思い出す」といった声や、問題解決のためにしたつもりアドバイスが、のちに本人から「そのせいで精神的に追い詰められた」などと言われたという声が寄せられた。自殺未遂者支援の現場では、生活再建につなげようとする努力がかなわず、支援する側の人々が追い詰められていく場合も少なくない。自殺未遂者やその家族を支える保健師など、支援をする立場の人のメンタルヘルスと、一人で抱え込まないよう、複数支援体制やグループ支援体制の仕組みづくりを進める必要がある。

VI 荒川区の今後の自殺未遂者支援の方向性

今回の調査ではじめて、荒川区における自殺未遂者の実態が明らかになった。分かったのは、「生きる促進要因」よりも「生きる阻害要因」が上回った時に自殺未遂が起きているということである。

「生きる促進要因」とは、例えば、「将来の夢」だったり、「大切な人との信頼関係」だったり、あるいは「やりがいのある仕事や趣味」や「経済的な安定」など、まさに「生きることを後押しする要因」である。一方、「生きることの阻害要因」とは、生きる上でハードルとなるようなものであり、例えば、「将来への不安や絶望」、「家族からの虐待や周囲からのいじめ」、「過重労働や貧困」、「介護疲れや孤独」などである。

本調査の対象者においては、「生きる促進要因」が減少する中で、逆に「生きる阻害要因」が増大した時に自殺企図が起きていた。とりわけ、そうした逆転現象が急速に進んだ時に、その変化に対応することができずに自殺企図に追い込まれていった人が多かった。

荒川区の今後の自殺未遂者支援においては、こうした実態を踏まえて、地域全体の取り組みとして「生きる促進要因」を引き上げて、「生きる阻害要因」を取り除いていくという方向性を示すことが重要である。そうして「生きる支援」の底上げを地域ぐるみで図っていくことが求められている。

これまでの荒川区の自殺予防事業、今回の自殺未遂者調査研究を踏まえて、具体的に次の6点の取組みの強化、改善が必要と思われる。

1 「切れ目のない総合的な支援」の推進体制の強化

本調査研究において、最も効果的な支援が行えたのは、未遂直後の入院中、または区役所の相談窓口等で未遂が把握された直後から支援が入り、かつ関係機関が切れ目なく支援をつなげた事例だった。今回の自殺未遂者調査研究事業を通して、荒川区と地域の救急医療機関である日本医科大学との間では、自殺未遂者を把握した時点で本人の同意を得て、速やかに必要な情報共有を図り、

支援につなげる「切れ目のない総合的な支援ルート」が構築されつつある。この「支援ルート」を今後も当事者本位の視点を忘れずに、強化していくことが重要である。また、より効果的な支援につなげられるよう、記録票等の改善も必要である。

2 庁内横断的な「自殺未遂者対策ネットワーク」の強化

荒川区では、平成 21 年度から、区長のリーダーシップの下、全庁的な自殺総合対策の取り組みを進めてきた。特に、自殺対策を担う障害者福祉課を中心に、様々な窓口を担当する各部署が連携し、自殺念慮を抱えた人への対応や支援の方法を検討してきた。（「自殺予防の手引き」の作成、自殺相談事例の事例検討、合同事業の開催など）。その結果、窓口立つ職員が自殺念慮を抱えた人と遭遇した際、スムーズに支援につなげる仕組みができてきた。今回の事業においても、生活福祉課など他課から支援につながった事例は複数あり、庁内ネットワーク構築の成果ともいえる。ただし、部署による温度差や、人事異動による継続性が途切れる危険性も残っている。引き続き連携を密にし、相談者が最初につながった窓口から、次々と必要な支援につながれるような体制の強化が必要である。

3 区役所外の関係機関とのネットワーク構築

区役所内に比べて、庁外の関係機関とのネットワーク構築は必ずしも連携が密になっているとは言えない。自殺未遂の現場に最初に触れる警察や消防、就労支援にあたるハローワーク、または各種問題の対策・支援にあたる NPO などを巻き込んだ関係者のネットワークの構築が急務である。日本医科大学とのルートをベースにししながら、他の関係機関との「支援ルート」も構築していくことが必要である。

4 自殺の「ハイリスクグループ」「ハイリスク要因」への対応

本調査で明らかとなった「自殺のハイリスクグループ」や「自殺のハイリスク要因」（男性：40～60代×無職×同居人なし、女性：離婚×家庭問題×精神疾患、など）への対応は緊急を要する。従来からの施策の強化に加えて、施策の連動性を高めるための支援の見直しを早急に図る必要がある。

5 将来の自殺リスク拡散を防ぐ「自殺のゼロ次予防」

自殺未遂者支援は、自殺未遂が起きた後取るべき対応ばかりではないことにも留意しておかなければならない。むしろ、自殺のリスクを早期に発見し早期に対応することから自殺未遂者支援は始まる。その意味で、本調査によって、幼少期の虐待やDV、精神疾患を抱えた家族などが、自殺リスクの拡散につながっていた可能性を明らかにできたことの意義は大きい。リスクが拡散する前に、虐待やDVの防止、またそれを生むような社会環境への働きかけなど、すなわち「自殺のゼロ次予防」とも言えるような早期の取組みを進めることが、将来的な自殺リスクの軽減につながると考える。

6 若年女性に向けた自殺未遂対策の推進

今回の調査においては、先行研究や救急搬送の実績で自殺未遂が多いとされる若年女性を把握できなかった。これは、先述の通り、自殺未遂者支援で連携していた日本医科大学からの紹介による把握は9例であり、事例の数が少なかったことと、若年女性と区役所など行政機関のつながりが薄いことが原因と考えられる。すなわち、若年女性にとっては、区の現行の自殺未遂者支援が届きにくいということでもあり、この層に対する支援策の検討・実施が急がれる。

自殺未遂者の実態を踏まえて総合的な支援を展開し、荒川区の自殺対策を強力で推進していくことは、結果的に、荒川区に暮らす誰にとっても、生きていて心地が良いと思える地域づくりにつながっていくはずである。

Ⅶ 提言

1 全国的な自殺未遂者調査の実施

自殺未遂の実態は、地域によってさまざまな特質や傾向があることが推察される。効果的な自殺予防対策のためには、まずはそうした「自殺未遂の地域特性」を把握することが重要である。本調査は、行政と医療機関と NPO が協力して実施したものだが、さらに広く警察や消防とも連携して全国規模で自殺未遂者調査を実施できれば、全国的な自殺未遂者支援の大きな一歩になるはずである。

2 自殺未遂者支援のための連携体制の構築

自殺未遂者への対応には、外傷に対する治療に加えて精神科医療の提供、さらには自殺未遂に至った要因に対する実務的な支援を一体のものとして行っていく必要がある。そのため救急医療機関においては、精神科医と連携して心身の回復に努めるほか、行政につないで生活再建への支援の端緒にする体制づくりが求められる。ただし救急搬送された先の医療機関が自殺未遂者の居住する地域とは限らないため、行政区分を超えた広域での支援体制が望ましい。

また関係機関が自殺未遂の実態を把握した際に、速やかに医療機関と連携を図れるよう、あらかじめ支援ルートの確認を関係機関同士で行っておくことも重要である。いざというときの対応は一刻を争う。その場で対応策を検討していたのでは手遅れになりかねない。関係機関へのつなぎ方に関するガイドラインが必要である。

3 シェルターなど緊急避難施設の整備・拡充

自殺念慮を抱えた人の多くが、心理的視野狭窄に陥るといわれている。つまり「死ぬしかない」「もう生きられない」といったように「この状況を回避するための唯一の手段は自殺しかない」と思い込んでしまうのである。

そうした人が、生活保護などの社会制度につながるまでには、現実的にはある一定の時間も要するし、なによりも、気持ちを穏やかに休められる居場所が

必要となる。その意味で「いのちの駆け込み寺」となるようなシェルターなどの緊急避難施設が全国に必要である。自殺企図に至る前に、気持ちを落ち着かせて生活再建を図れる拠点があれば、多くの自殺未遂は避けられるはずである。

4 役割喪失感を払しょくするための「居場所」や「出番」づくり

緊急的に駆け込めるシェルターだけでなく、日常的な拠り所となる「居場所」や「出番」を作ることも必要である。無職者の自殺企図の背景には、経済的な要因に加えて、心理的な要因が潜んでいることが多い。仕事を失ったことで自己肯定感を低下させ、役割喪失感に苛まれる中で心理的に追い詰められていくのである。

仮に仕事を失っても、また仕事が見つからなくても、「自分の居場所はここ」「自分の役割はこれ」と思えるものがあれば、それが心のセーフティネットとして機能する可能性は十分にある。無職者に対しては、生活・就労支援といった経済的な側面からの支援だけでなく、自助グループや地域のボランティア活動といった「居場所」や「出番」づくりを通して心理的な側面からの支援を行うべきである。

5 学び直しの場の創設

非行や不登校により中卒や高校中退のまま社会に出ると、のちの就職や収入に影響し、生きづらさの原因となってしまうことが懸念される。そういった状況を回避するために、いつからでも学び直せるよう、教育や学校の在り方を多様化させる必要がある。学び直しに従来から利用されているのが定時制高校である。全日制学校への進学率の上昇とともに減少傾向にあるが、働きながら学べる場所として、機能を充実させる必要があるだろう。

また、東京都が取り組んでいる「エンカレッジスクール」では、指定された高校に思い切った習熟度別授業や体験型学習を導入することで、中学校で不登校だった生徒も、高校に通いながら基礎学力やコミュニケーション能力を身につけることができるように工夫されている。指定校の中には、指定前に比べて中退率が減少したり、就職率が上昇したりといった成果が表れてきている学校もある。こういった公的な取り組みと、フリースクールなどの民間の取り組みをともに推進し、学び直しの機会を多様化していくとともに、学校から遠ざかった児童・生徒に再び居場所を与えることが必要である。

6 自殺対策の担い手となるゲートキーパーの育成

自殺念慮者はさまざまな生活上の困難を抱えながらも、必要な支援策や相談機関にたどりつくことができず、自殺企図するまで追い込まれていく事例が多い。そのため、地域の相談員や自治体の職員が自殺対策の担い手としてゲートキーパーの役割を果たすことが求められている。（ゲートキーパーとは、自殺念慮を察知して然るべき支援策や相談機関につなぐ役割を果たす人のことである。）特に、自殺の背景に潜む問題に関連した相談対応を行っている相談員が果たすべき役割は大きい。各地でゲートキーパーを養成する研修会を開き、自殺対策の担い手を積極的に育成していく必要がある。

7 「気づき」を支援につなげる緊急相談窓口の創設

自殺念慮を察知できる人材を育成すると同時に、察知した後の受け皿を整備する必要がある。専門家であっても難しい自殺念慮者への対応を一般市民が単独で行うことのリスクは大きく、必ずしも適切な対応が図れるわけではないからである。

自殺念慮を抱えた本人だけでなく、その周囲の人が相談できる緊急窓口があれば、多くの人々の「気づき」を専門的な支援につなげられるようになる。また専門家が常にバックアップしてくれるという安心感が持てれば、積極的に周囲の自殺リスクにも目を向けられるようになるだろう。

8 命や暮らしに関する支援策情報にたどり着きやすい社会づくり

自殺のリスクとなるような深刻な問題を抱えてしまったときに、その問題に対する解決策にたどり着きやすい社会を作る必要がある。そしてそれは、緊急相談窓口を整備するだけでなく、様々な形で重層的に行っていく必要がある。

例えば、ライフリンクが運営する「いのちと暮らしの相談ナビ（インターネット上で簡単に支援策や相談窓口を検索できるホームページ）」や、荒川区が作成した「自殺未遂者支援フローチャート」などを全国に普及させる。深刻な問題を抱えて心理的にも物理的にも追い詰められた状況にある人でも、そのように具体的な解決策にたどり着ける社会にしていかなければならない。

9 パーソナルサポート事業の全国展開

現在国のモデル事業として各地で試行されている「パーソナルサポート事業」は、パーソナルサポーターと呼ばれる支援員が、さまざまな問題を抱えた人に寄り添って、一緒に解決に向けて相談・支援機関へ同行支援をする事業である。自殺念慮を抱えている人が、自力で自分の置かれている状況を整理し、解決策を考え、それぞれの手続きに行くのは非常に困難であり、その過程で生きる気力を失ってしまいかねない。また、依存傾向のある人などは、病識がないゆえに自ら支援の場所につながろうとしない場合も多い。

そうした個々人の状況に応じて適切な支援を確実に行的っていくためにも、問題解決に至るまで伴走してくれる支援員（パーソナルサポーター）の存在を全国に広めていく必要がある。

10「生きる支援」の包囲網づくり

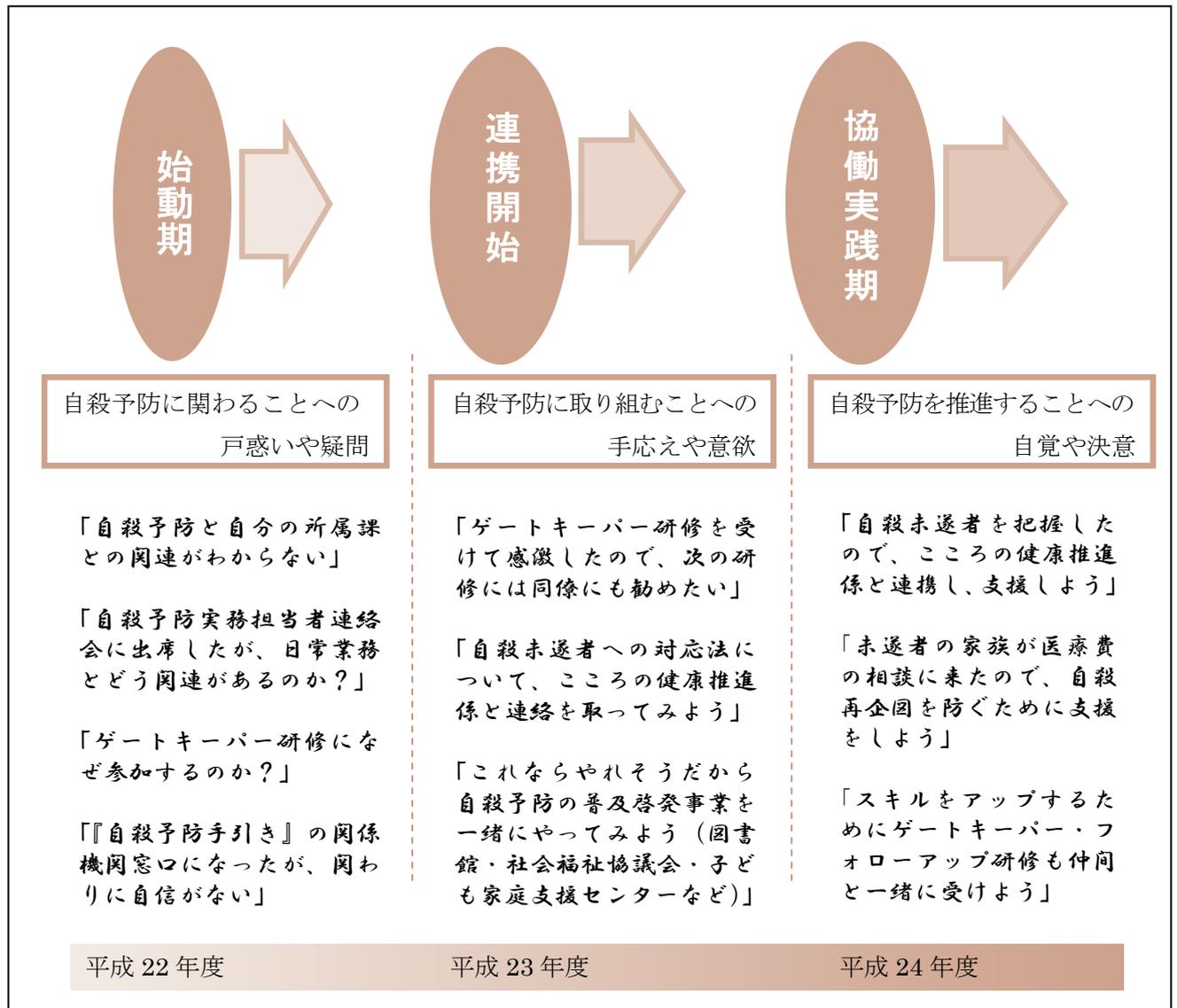
自殺対策を行う上で重要なことは、施策者本位でなく当事者本位で支援を実施することである。自殺念慮を抱えた当事者が、どんな状態にあり、どんな支援を必要としているのか。常にそこを原点としながら、柔軟に見直しを図りつつ「生きる支援」として自殺対策を推し進めていく必要がある。

自殺未遂者支援において（ひいては自殺対策において）、これといった特効薬はない。すべての人に万能に効く解決策もない。必要なのは、むしろそれぞれの人抱えている問題や置かれている状況に応じて、オーダーメイドで支援策を連動させていくことである。

年間3万人が自殺で亡くなる時代。自殺未遂者は、その10～20倍いるといわれている。人が社会から孤立し、自殺に追い込まれるのを待つのではなく、攻めの姿勢で能動的にセーフティネットを積極展開していくという意味で、社会全体で「生きる支援」の包囲網づくりを行的っていくことが、いま求められている。

おわりに

自殺未遂者は自殺既遂に至るハイリスクグループでありながら、支援技法が
いまだ確立していない分野であるといえる。荒川区では平成 22 年度から試行錯
誤を繰り返しながら未遂者支援に取り組んできた。下図はその取り組みの推移
を現場の職員や関係者の声をもとにまとめたものである。



ゲートキーパー研修や自殺予防実務担当者連絡会の回を重ねる中で、区及び関係機関職員の意識が変化してきた。さらに、危機介入によって自殺を未然に防いだり、生活再建につなげることができたりといった成功事例も出てきている。この調査研究報告書が自殺予防対策に活用されることを期待する。

資料編

資料 1 地域の自殺の基礎資料【荒川区版】

資料 2 自殺未遂者調査研究事業分析表

資料 3 荒川区自殺未遂者支援フローチャート

資料1

地域の自殺の基礎資料【荒川区版】

(自殺日ベース 住居地) ※単位:人

自殺者数と自殺率

	平成21年	平成22年	平成23年
自殺者数	45	48	50
自殺率 (人口10万人当たり)	24.3	25.5	26.4

※自殺率は総務省自治
行政局「住民台帳に基
づく人口・人口動態及び
世帯数」を元に算出

男女別自殺者数

性別	平成21～23年	平成21年	平成22年	平成23年
男性	93	35	30	28
女性	50	10	18	22

年代別自殺者数

年代	平成21～23年						平成21年			平成22年			平成23年		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女			
～19	7	4.9%	5	5.4%	2	4.0%	1	1	0	1	1	0	5	3	2
20～29	11	7.7%	7	7.5%	4	8.0%	2	2	0	4	3	1	5	2	3
30～39	25	17.5%	15	16.1%	10	20.0%	7	6	1	12	7	5	6	2	4
40～49	21	14.7%	14	15.1%	7	14.0%	6	5	1	6	4	2	9	5	4
50～59	25	17.5%	17	18.3%	8	16.0%	7	4	3	8	6	2	10	7	3
60～69	26	18.2%	18	19.4%	8	16.0%	13	11	2	6	3	3	7	4	3
70～79	18	12.6%	12	12.9%	6	12.0%	7	5	2	3	2	1	8	5	3
80～	10	7.0%	5	5.4%	5	10.0%	2	1	1	8	4	4	0	0	0
不詳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	143	100%	93	100%	50	100%									

同居人の有無別自殺者数

同居人	平成21～23年						平成21年			平成22年			平成23年		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女			
有	82	57.3%	50	53.8%	32	64.0%	20	15	5	34	21	13	28	14	14
無	58	40.6%	42	45.2%	16	32.0%	25	20	5	11	8	3	22	14	8
不詳	3	2.1%	1	1.1%	2	4.0%	0	0	0	3	1	2	0	0	0
計	143	100%	93	100%	50	100%									

職業別自殺者数

職業	平成21～23年		平成21年	平成22年	平成23年
	累計	総数	総数	総数	総数
自営業・家族従事者	4	3.1%	1	2	1
被雇用・勤め人	30	23.3%	11	7	12
無職	86	66.7%	27	28	31
学生・生徒等	5	3.9%	0	0	5
無職者	81	62.8%	27	28	26
主婦	6	4.7%	3	2	1
失業者	3	2.3%	1	0	2
年金・雇用保険等生活者	21	16.3%	12	4	5
その他の無職者	51	39.5%	11	22	18
不詳	9	7.0%	2	3	4
計	129				

原因・動機別自殺者数

原因・動機	平成21～23年		平成21年	平成22年	平成23年
	累計	総数	総数	総数	総数
家庭問題	6		1	2	3
健康問題	42		16	12	14
経済・生活問題	13		6	4	3
勤務問題	8		2	2	4
男女問題	3		1	1	1
学校問題	1		0	0	1
その他	2		1	0	1
不詳	63		18	20	25

自殺企図の場所別自殺者数

場所	平成21～23年		平成21年	平成22年	平成23年
	累計		総数	総数	総数
自宅等	69	53.5%	18	26	25
高層ビル	19	14.7%	5	6	8
乗物	4	3.1%	2	1	1
海(湖)・河川等	10	7.8%	5	3	2
山	3	2.3%	0	2	1
その他	24	18.6%	11	2	11
不詳	0	0.0%	0	0	0
計	129	100%			

企図手段別自殺者数

手段	平成21～23年		平成21年	平成22年	平成23年
	累計		総数	総数	総数
縊首	77	59.7%	26	25	26
服毒	3	2.3%	0	1	2
練炭等	7	5.4%	1	3	3
飛降り	23	17.8%	6	7	10
飛込み	5	3.9%	2	0	3
その他	14	10.9%	6	4	4
不詳	0	0.0%	0	0	0
計	129	100%			

曜日別自殺者数

曜日	平成21年			平成22年			平成23年		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
日曜	5	5	0	7	4	3	5	3	2
月曜	4	1	3	7	4	3	6	1	5
火曜	3	3	0	6	5	1	8	6	2
水曜	8	7	1	8	7	1	13	6	7
木曜	13	9	4	8	2	6	7	6	1
金曜	6	6	0	4	3	1	3	2	1
土曜	3	2	1	5	4	1	7	3	4
不詳	3	2	1	3	1	2	1	1	0

自殺未遂歴の有無別自殺者数

自殺未遂歴	平成21～23年		平成21年	平成22年	平成23年
	累計		総数	総数	総数
有	16	12.4%	5	5	6
無	74	57.4%	25	28	21
不詳	39	30.2%	11	7	21
計	129	100%			

時間帯別自殺者数

時間帯	平成21年			平成22年			平成23年		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
0-2時	4	3	1	5	3	2	3	3	0
2-4時	2	2	0	1	1	0	1	0	1
4-6時	4	4	0	3	2	1	4	2	2
6-8時	2	2	0	6	4	2	6	2	4
8-10時	2	2	0	3	2	1	5	3	2
10-12時	2	2	0	4	3	1	3	2	1
12-14時	0	0	0	2	2	0	3	2	1
14-16時	5	3	2	0	0	0	0	0	0
16-18時	3	1	2	3	3	0	1	0	1
18-20時	4	4	0	5	2	3	2	2	0
20-22時	4	3	1	2	1	1	4	2	2
22-24時	4	3	1	2	1	1	5	2	3
不詳	9	6	3	12	6	6	13	8	5

※個人が識別されないよう、月によっては、数値が公表されない項目もある

【参考】データ利用にあたっての注意事項(内閣府社会総合研究所HPより)

http://www.esri.go.jp/jp/archive/jisatsu/monthly/2011nov/h2311_s1.pdf

出典: 月別の地域における自殺の基礎資料(平成21年1月～平成23年12月)

(内閣府 経済社会総合研究所 自殺分析班 発表)

<http://www.esri.go.jp/jp/archive/jisatsu/jisatsu.html>

警察庁自殺データ(各月ごとに発表。暫定値)に基づいて、平成21年1～平成23年12月の荒川区内自殺者数について再集計

※平成23年12月からは内閣府自殺対策推進室が集計

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/index.html>

▼A7表 市区町村別集計-住居地-全体版

各集計表における数字の表記について自殺者数の公表に当たっては、他の情報と照合しても個人が識別されないよう、「都道府県」及び「市区町村」の各表においては、以下のとおり処理している。(1)当該自治体内の自殺者総数の数値が1又は2の場合:自殺の年月、曜日、時間帯、男女別、年齢別、同居人の有無別の内訳のみ公表。(2)欄の数値が1又は2でない場合においても、当該欄の数値を表示することによって、他の欄の1又は2の数値が明らかになる場合:数値を記載せず

資料2

自殺未遂者調査研究事業 分析表

表7 自殺未遂に至る一人当たり要因数

一人当たり要因数	(人)
7個	1
5個	2
4個	7
3個	12
2個	8
1個	2
計	32

表8 企図前の精神状態の変調

精神状態の変調	(人)
有	32
無	0
計	32

表9 企図前の担当医の有無

担当医の有無	(人)
有	17
無	12
不詳	3
計	32

表10 企図前の通院医療機関の有無

通院医療機関の有無	(人)
有	18
無	13
不詳	1
計	32

表11 介入後に診断された精神科病名

介入後の精神科病名	(人)
統合失調症	8
気分障害	8
受診なし	4
アルコール・薬物依存	4
不明	3
発達障害	2
神経症・人格障害	1
神経症	1
てんかん	1
計	32

表12 孤独感と同居人の有無

	同居人なし	同居人あり	(人)
孤独感あり	9	7	16
孤独感なし	6	10	16
計	15	17	32

表13 年代と生活苦の有無

年代	生活苦あり	生活苦なし	(人)
60代	5	2	7
50代	5	4	9
40代	4	6	10
30代		4	4
20代	1		1
10代		1	1
計	15	17	32

表14 婚姻状況と職業

職業	既婚	未婚	離婚	(人)
アパート経営	1		1	2
アルバイト	1	1		2
専門職	1			1
自営			1	1
主婦	1			1
日雇い派遣		1		1
無職	2	13	9	24
計	6	15	11	32

表15 男性未遂者の婚姻状況と最終学歴

婚姻状況	中卒	高校中退	高卒	専門卒	大卒	不詳	(人)
既婚	1	1		1	1		4
未婚	2	2	3	2	1	2	12
離婚		1	1	1			3
計	3	4	4	4	2	2	19

表16 男性未遂者の婚姻状況と職業

婚姻状況	アルバイト	専門職	日雇い	無職	(人)
既婚	1	1		2	4
未婚	1		1	10	12
離婚				3	3
計	2	1	1	15	19

表17 男性未遂者の婚姻状況と収入源

主な収入源	既婚	未婚	離婚	(人)
家族の収入	1	1		2
家賃収入		1		1
雇用保険	2			2
収入なし		3		3
生活保護		3	3	6
貯蓄		3		3
年金		1		1
本人の所得	1			1
計	4	12	3	19

表18 同居人の有無と性別・婚姻状況

	同居人なし	同居人あり	(人)
男性	11	8	19
	既婚	既婚	(4) (4)
	未婚	未婚	(8) (4) (12)
	離婚	離婚	(3) (3) (3)
女性	4	9	13
	既婚	既婚	(2) (2) (2)
	未婚	未婚	(2) (1) (3)
	離婚	離婚	(2) (6) (8)
計	15	17	32

表19 女性未遂者の同居人の精神疾患・依存傾向の有無

同居人	あり	なし	(人)
疾患などあり	5	0	5
疾患などなし	4	4	8
計	9	4	13

被虐待経験者の属性

表20 最終学歴

最終学歴	(人)
中卒	2
高校中退	3
高卒	1
不詳	1
計	7

表21 職業

職業	(人)
無職	7

表22 過去の自殺企図歴

過去の自殺企図歴	(人)
有	7

表23 企図時の主な収入源

収入源	(人)
家族の収入	1
収入なし	1
生活保護	5
計	7

表24 婚姻状況

婚姻状況	(人)
未婚	2
離婚	5
計	7

表25 精神疾患の有無

精神疾患	(人)
うつ病	1
てんかん性精神病	1
パニック障害	1
統合失調症	1
統合失調症、人格障害、アルコール依存	1
不明(過去に適応障害などの診断)	1
薬物依存	1
計	7

依存傾向がある人の属性

表26 最終学歴

最終学歴	(人)
中卒	1
高校中退	5
高卒	2
不詳	2
計	10

表27 職業

職業	(人)
アルバイト	1
無職	9
計	10

表28 企図時の主な収入源

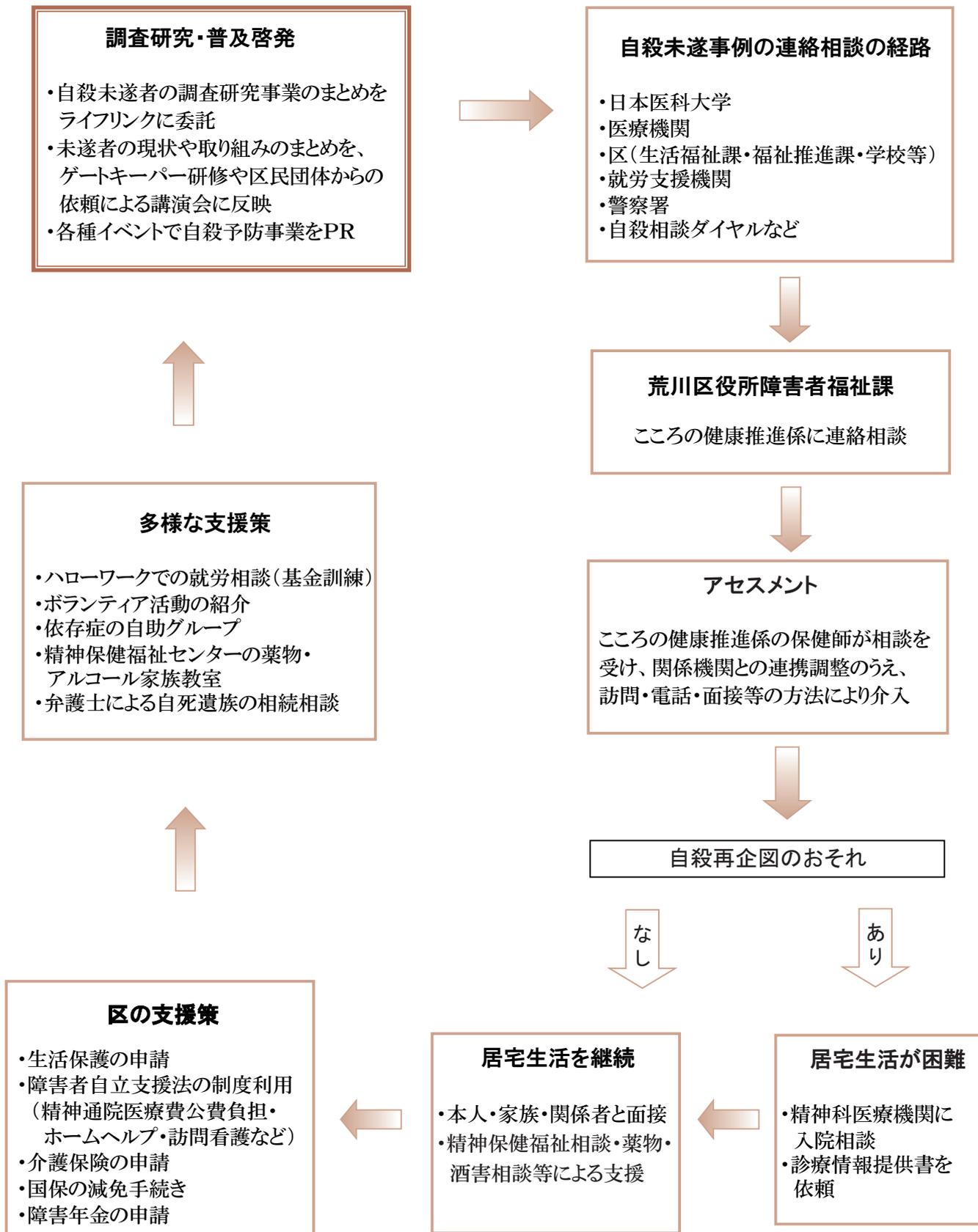
収入源	(人)
家族の収入	2
収入なし	1
生活保護	7
計	10

自殺未遂者全体の属性

表29 自殺未遂者全体の職業と最終学歴

	アパート経営	アルバイト	専門職	主婦	日雇い派遣	無職	計
中卒						3	3
高校中退						8	8
高卒		1		1		4	6
専門卒	1		1		1	2	5
大卒			1			3	4
不詳	1	1				4	6
計	2	2	2	1	1	24	32

荒川区自殺未遂者支援フローチャート



荒川区「自殺未遂者調査研究事業報告書」

平成24年3月発行

登録(23)0132号

【発行者】 荒川区福祉部障害者福祉課

〒116-8501

東京都荒川区荒川2-2-3

電話 03(3802)3111 内線2378

【調査研究委託機関】

NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋2-8-5 多幸ビル九段5階

電話 03(3261)4934

【発行】

荒川区

【調査研究委託機関】

NPO法人自殺対策支援センターライフリンク