

<原著>

大阪府における自殺未遂者相談支援事業の評価

本屋敷美奈^{1,2)}, 杉原亜由子³⁾, 永井仁美⁴⁾, 高山佳洋⁵⁾, 森定一稔⁶⁾,
柴田敏之⁷⁾, 森脇俊⁸⁾, 笹井康典⁹⁾, 田中英夫¹⁰⁾

- 1) 東京医科大学精神医学分野
- 2) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神医療政策研究部
- 3) 大阪府こころの健康総合センター
- 4) 大阪府富田林保健所
- 5) 八尾市保健所
- 6) 高槻市保健所
- 7) 吹田市保健所
- 8) 大阪府和泉保健所
- 9) 大阪府総務部
- 10) 大阪府藤井寺保健所

Evaluation of the support program for residents
who attempted suicide in Osaka prefecture

HONYASHIKI Mina^{1,2)}, SUGIHARA Ayuko³⁾, NAGAI Hitomi⁴⁾, TAKAYAMA Yoshihiro⁵⁾,
MORISADA Kazutoshi⁶⁾, SHIBATA Toshiyuki⁷⁾, Moriwaki Shun⁸⁾, SASAI Yasunori⁹⁾, TANAKA Hideo¹⁰⁾

- 1) Department of Psychiatry, Tokyo Medical University
- 2) Department of Mental Health Policy, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) Osaka Prefectural Mental Health Center
- 4) Osaka Tondabayashi Public Health Center
- 5) Yao City Public Health Center
- 6) Takatsuki City Public Health Center
- 7) Suita City Public Health Center
- 8) Osaka Izumi Public Health Center
- 9) Department of General Affairs, Osaka Prefecture
- 10) Osaka Fujidera Public Health Center

抄録

目的: 大阪府における自殺未遂者相談支援事業(以下同事業)を評価し、自殺未遂者本人(以下本人)の支援者との関係の改善につながる効果的な支援方法と内容を明らかにする。

方法: 本研究は二段階で実施した。第一段階ではフォーカスグループインタビューにて介入の効果についての仮説とアウトカム指標を定義した。第二段階では仮説に基づく評価を行った。調査対象は2014年4月から2015年6月の間に府内5つの保健所において同事業への同意が得られた自殺未遂者192人のうち、支援が終了した113人の中で、支援記録が入手できた102人とした。調査期間は2015年10月から12月とした。調査方法としては支援記録からケースワーカーが情報を抽出した。分析方法では、援助希求行動、信頼関係、支配性を個々の支援者との関係に影響を与える要素と定義した上で、個々

連絡先: 本屋敷美奈
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1
6-7-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023, Japan.
Tel: 03-3342-6111
E-mail: honyashiki@outlook.jp
[令和3年1月27日受理]

大阪府における自殺未遂者相談支援事業の評価

の本人と支援者との関係について各要素を0-4点で数値化し、得点の合計が6点以上の場合を支援者との良い関係があるとした。過去の自殺未遂歴や精神科受診歴、保健所相談歴、年齢、性別を調整した上で支援（方法・内容）を説明変数とし、支援者との良い関係の介入後の増加を従属変数としてロジスティック回帰にて分析を行った。

結果：対象者の平均年齢は40.7歳、女性は67.6%であった。良い関係を持つ支援者の数が増えた対象者は64人（62.7%）であった。ロジスティック回帰分析にて有意となった支援は、方法では本人・家族両方への面接（調整オッズ比（以下AOR）13.33；95%信頼区間（以下95% CI）2.44-72.81）、内容では本人心理支援の内、ニーズの傾聴（AOR5.87；95% CI2.00-17.22）、支援方針の説明と合意形成（AOR5.69；95% CI1.88-17.23）、心理教育（AOR3.26；95% CI1.13-9.36）、医療機関に関する支援では治療継続支援のみを行った場合（AOR4.72；95% CI1.42-15.71）であった。受療支援・治療継続支援両方ありに該当した5人の対象者全員に良い関係のある支援者数の増加が見られた。

結論：仮説及びアウトカム指標の設定は本人の支援に関しては妥当であった。保健所での支援において、本人・家族両方との面接、本人との共同した意思決定、丁寧な受療支援の必要性が示唆された。今後は自殺未遂者・支援者関係の質的評価や対照を設けての評価が課題である。

キーワード：自殺予防介入、自殺未遂、事業評価

Abstract

Objectives: To evaluate the support program provided by public health centers (PHCs) of Osaka prefecture, and identify effective methods and their content that lead to improvements in the relationship between residents who attempted suicide and their supporters

Methods: This study was conducted in two stages. In the first stage, the hypothesis and outcome index of the intervention was decided using focus group interviews. In the second stage, the program was evaluated accordingly. Of the 192 individuals who attempted suicide and consented to participate in the program from April 2014 to June 2015 at 5 PHCs, the 113 subjects whose support period had ended were selected, and of these, the 102 subjects whose case records were available were included in the study. The research period was between October and December 2015. Data were extracted from the case records. After defining help-seeking behavior, trusting relationships, and dominance as components that influence the relationships of subjects with their supporters, each component of the relationship was quantified on a 0 to 4-point scale. A total score of 6 or more was considered as indicating that the subject had a positive relationship with the supporter. Logistic regression analysis was performed using the methods and content of the program as explanatory variables, and a post intervention increase in the number of supporters with whom the subject had a positive relationship with as the dependent variable.

Results: The average age of the participants was 40.7 years, and 67.6% were women. Adjusted odds ratios that were significant on logistic regression analysis were as follows. Regarding the methods, interviews with both the individual who attempted suicide and his/her family (13.33; 95% confidence interval [95%CI]: 2.44–72.81); regarding the content, among the psychological support for subjects, listening to his/her needs (5.87; 95%CI: 2.00–17.22), explanation of support strategies and consensus formation (5.69; 95%CI: 1.88–17.23), and psychological education (3.26; 95% CI: 1.13–9.36); and regarding support for access to medical care, support for the continuation of treatment (4.72; 95%CI: 1.42–15.71). For all 5 subjects who received support to undergo treatment and to continue treatment, there was an increase in the number of supporters with whom they had a positive relationship.

Conclusion: The hypothesis and outcome index defined in our study was appropriate for individuals who attempted suicide. Our results indicated the importance of interviews with both the subject and the family, shared decision-making with the subject, and the need for continuous and careful support. The next step is qualitative evaluation regarding the relationship between individuals who attempted suicide and their supporters, and comparative evaluation using controls.

keywords: Suicide prevention, Suicide attempt, Program evaluation

(accepted for publication, January 27, 2021)

I. 緒言

1. 自殺再企図予防の必要性

わが国では自殺死亡者数が減少傾向にあるものの、なお年間約2万人が死亡しており[1], その効果的な対策の展開は公衆衛生上の重要な課題である。自殺未遂歴は自殺の最も強いリスクファクターであり自傷行為は繰り返されるものであることから[2]自殺未遂者への支援は効果的な自殺防止対策になり得ると考えられている。Hawton,K.ら[3]が2016年に発表した自殺再企図予防の為の心理社会的介入に関するシステムティックレビューによると、認知行動療法に関して自殺未遂後6か月後と12か月後における再企図の減少が認められ、うつ病や絶望感、希死念慮、問題解決能力にも改善が見られた。日本での自殺未遂者への支援研究については、三次救急医療現場における自殺未遂者を対象としたケースマネジメント介入についての無作為比較試験であるACTION-Jプロジェクト[4]がある。結果、6ヶ月後の自殺再企画の減少が報告されており[5], その後の追跡によると長期的にも自殺再企図の減少が認められている[6]。その成果をもとに、2016年度以降、救急医療現場での自殺未遂者への支援は、診療報酬化されているが、施設基準に合致した医療機関の整備は未だ不十分である。

2. 我が国の保健所における自殺未遂者支援の課題

継続的な支援やアクセスの容易さという見地からは、保健所等行政機関による対応も期待されている。支援内容を例示すると、救急医療機関ケースワーカーと保健所保健師の連携による自殺未遂者の支援体制構築[7]、保健所を主体とした地域全体で問題点を共有するための自治体およびNPO、福祉団体、経済団体等による自殺予防ネットワークの設立[8]、市町村による自殺対策連絡協議会等を通じた自殺未遂者への支援体制作りと救急告示病院入院中の自殺未遂者への面接・継続支援等の報告がある[9]。支援の評価指標を例示すると、支援を受けた人数や自殺再企図者数[7]、自殺者数・自殺率の変化[8]、支援を受けた人数・のべ支援件数[9]等が示されている。評価の結果の例では、継続支援を受けた者の82.6%には自殺再企図がみられず、継続支援が出来なかった者の44.4%に自殺再企図の上、既遂が見られた[7]という報告がある。このように、公衆衛生の現場における自殺未遂者への支援について、望ましい介入や、効果の指標に関する方法論が確立しておらず、実際の支援内容は実施機関によって様々ではない。事業の意義や目的の明確化という意味で現実的な事業評価の方法論の確立が望まれている。

3. 自殺未遂者支援における支援者との良好な関係の必要性

一方、欧米では自殺未遂者と支援者との良好な関係が、自殺再企図を減少させるプロセスについて研究、報告さ

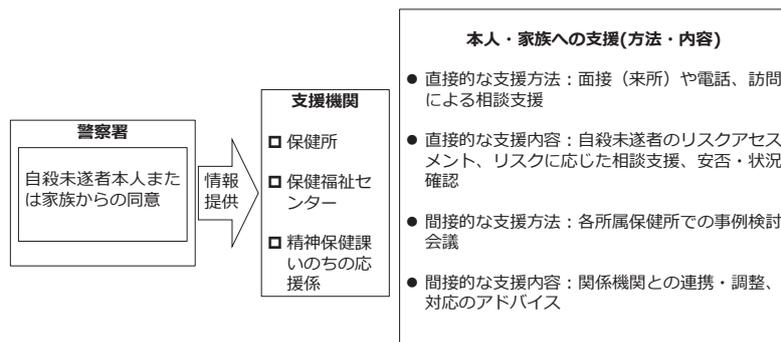
れている。人間関係は自殺行動に大きな影響をあたえるものであると言われており、アメリカ疾病予防管理センターは自殺予防のために個人や家族、地域との良い関係を増やすことを推奨している[10]。また、人間関係とうつ病および自殺再企図の関係については様々に研究されてきた。フィンランドでうつ病患者を5年間追跡した調査では、パートナーの不在、ソーシャルサポートの欠如などが、その後の自殺企図のリスクファクターとなることがわかっている[11]。アメリカにて入院した若年自殺未遂者を退院後半年間追跡したところ、人との関係が改善した群は、改善しなかった群と比較した場合、1年後の未遂行動が約50%の減少となったと報告されている[12]。同じく、アメリカでの10年間の追跡調査によると、うつ病のリスクは、社会的な負担が高い場合及び社会的支援が欠如する場合、人との関係の質が悪い場合に高くなるということがわかっている[13]。しかしながら、関係作りに着目した事業評価や研究の報告はこれまでない。

4. 大阪府の自殺未遂者支援の課題

筆者らの所属する大阪府では、2006年の自殺対策基本法施行後、自殺未遂者への支援に積極的に取り組んできた。2013年1月からは指定都市・中核市を含めた大阪府全域で自殺未遂者相談支援事業を始めた(以下同事業)。この事業は警察署で取り扱った自殺未遂者の内、本人もしくはその家族から同意が得られたケースに対して、警察署から情報提供を得て、保健所・保健福祉センター(大阪市)および精神保健課ののちの応援係(堺市)で、自殺未遂者本人または家族及びその両者に対する支援を行うものである(図1)。初回支援後の介入プロトコルは厳密に定められているわけではなく、自殺未遂者本人・家族のニーズに応じて、柔軟に自殺未遂者本人への支援および家族への支援をおこなっていくことになっており、同意者が本人か家族かの違いによる支援方法(相談、訪問等の手段)の違いは原則ない。

2014年11月に大阪府こころの健康総合センターで自殺対策の事業評価の為の研修会が開催され、筆者等含む同事業の事業担当者等(保健所および精神保健福祉センターに勤務するケースワーカー13名、精神保健福祉士3名、保健師5名、心理職1名)が参加した。議論の中で、同事業について「年間500件近い自殺未遂者の情報提供を受けており、地域の支援ネットワークも築かれつつある」などと評価する声上がる一方で、「個別支援のゴールが不明瞭であり、事業の意義が見出しにくい」等の課題が上がった。その為、大阪府こころの健康総合センターに作られた2015年度業務検討プロジェクトチームにて同事業の事業評価を行った。プロジェクトチームは、公募によって集められ、筆者含む事業運営担当医師2名、保健所ケースワーカー5名、事業運営担当ケースワーカー5名で構成され、支援へのアクセスについて報告を行ったが[14]が、効果的な支援方法と内容についての分析が未着手だった。前述のように、自殺未遂

大阪府における自殺未遂者相談支援事業の評価



自殺未遂者相談支援事業（いのちの相談支援事業）対応の手引き（2013年大阪府発行）をもとに作成

図1 自殺未遂者相談支援事業による支援の流れ

者本人の支援者との関係は、自殺企図を減少させる可能性があるが、日本の各自治体での支援や評価の在り方は未だ多様である。

本研究では、2015年の調査で集めたデータを用いて、大阪府で行っている同事業を評価し、自殺未遂者本人の支援者との関係の改善につながる効果的な支援方法と内容を明らかにすることで、保健所等で行う自殺未遂者支援の為の有効な方法や、事業評価の手法を提示することを目的とする。

II. 方法と結果

本研究は、二段階で実施した。まず、第一段階で介入の効果の仮説及びアウトカム評価指標を設定した。第二段階では、第一段階で設定した評価指標を用いて、事業評価を行った。

1. 第一段階

1) 対象

大阪府こころの健康総合センター業務検討プロジェクトチーム

2) 調査内容

事業の主な理論部分である仮説とアウトカム指標に関して、フォーカスグループインタビューを行った。

3) 分析方法

介入の効果の仮説とアウトカム指標について、質的帰納的に分析した。

4) 結果

(1) 仮説の設定

本人支援：保健所で支援を本人に提供することで、短期的な効果として本人の抑うつ改善及び良い関係を持つ支援者数の増加が起こる。その結果、長期的な効果として自殺企図が減少する。

家族支援：保健所で支援を家族に提供することで、短期的な効果としては家族の心理的負担が減少し、抑うつが改善する。さらに、本人への対応力が改善し、本人の支援者との関係作りのサポートを推し進め、支援者数が

増加する。その結果、長期的な効果としては自殺企図が減少する。

(2) アウトカム指標

長期的な効果は自殺再企図の減少と考えたが、自殺再企図に関する情報の収集は支援の手引き[15]には定められていなかった。その為、今回の研究では仮説の内、短期的な効果に焦点を当て、現実的に収集可能な指標として、「良い関係のある支援者の増加」をアウトカム指標とすることとした。

2. 第二段階

1) 調査対象

2014年4月から2015年6月に、府内5保健所（八尾市・和泉・高槻市・富田林・吹田）で同事業への同意が得られた自殺未遂者のうち、選定基準に合致した102名を調査対象とした（図2）。この内、自殺により支援が終了した者は1人、自殺以外の死亡で支援が終了した者は2人であった。この当時のこれらの保健所で支援を受けた自殺未遂者を調査対象とした理由は、当時これらの保健所に所属していた精神保健福祉チームの職員が上記プロジェクトメンバーに参加しており、同事業の「対応の手引」[15]に基づいて標準的に事業が実施されていたことによる。また、支援が終了していた人だけを調査対象とした理由は、当時の事業評価の目的の中に、支援終了者の状態を把握し、支援終了後、精神保健福祉相談や遺族ケアへのつなぎ等フォローアップの枠組みを検討す

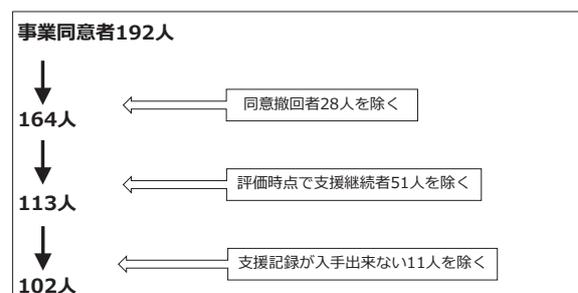


図2 調査対象選定

る, というものがあつたことによる. なお, 支援終了の基準は, ①WHOによる自殺未遂者のリスクアセスメント基準[16]をもとに作られた大阪府独自の基準[15]により, 支援対象者の自殺再企図の危険度のアセスメントを行った結果, 危険度が軽度以下になること, ②転出・死亡等の場合となっていること, ③その他音信不通等支援の継続が困難になった場合等が含まれる. なお, 危険度が軽度とは精神状態/行動の不安定さを認めるが, 自殺念慮はあつても一時的であり, 自殺の計画がないことが明確な場合となる.

2) 調査期間

2015年10月~12月

3) 調査方法と内容

各自殺未遂者について, 良い関係がある支援者数の事業介入後の増加を二値のアウトカム指標とした. 自殺未遂者の性別・年齢, 基本属性(自殺企図主原因・自殺企図手段・自殺未遂歴・精神科かかりつけ医の有無・保健所相談歴・事業同意者)および個々の支援者の属性の情報の抽出についてはケースワーカーがそれぞれの対象者の事業介入前の支援記録を用いて行った. 個々の支援者と対象者の関係の情報(本人からの援助希求行動がある:信頼関係がある:支援者が被支援者に対して支配的でない)の抽出についてはケースワーカーがそれぞれの対象者の事業介入前と事業介入終了後の支援記録を用いて行った. 良い関係のある支援者の増加の判定のための観察終了日は, 事業介入終了日と同じとした. 支援方法と内容に関しては表1の項目について, 支援記録をもとにケースワーカーが情報の抽出を行った.

4) 分析方法

(1) 対象者の性別・年齢および基本属性

基本属性は性・年齢別に集計した. 年齢階級は“30歳未満”, “30歳以上49歳未満”, “50歳以上69歳未満”, “70歳以上”, “不明”とした.

(2) 自殺未遂者と良好な関係を築いている支援者数

自殺未遂者と良好な関係を築いている支援者の増加について以下のように分析を行った.

<良好な関係を築いている支援者の増加の判定>

「自殺未遂者本人からの援助希求行動がある」, 「信頼関係がある」, 「支援者が被支援者に対して支配的でない」ことを良い関係に必要な要素と定義した上で各支援者について次のような評価を行った. それぞれの要素において, 「一度もない」= 0, 「まれに」= 1, 「ときどき」= 2, 「たいてい」= 3, 「いつも」= 4 の5段階に数値化した上で3つの要素の合計点が6点以上となる支援者を良好な関係がある支援者と判断した. カットオフを6点とした理由はそれぞれの要素が「ときどき」となる場合を基準としたからである. その上で, 対象者毎に介入後の良好な関係の支援者数の増加の有無を評価した.

<良い関係がある支援者数の介入後の変化とその支援者の属性(性・年代別)>

支援者側の属性を「医療機関」, 「行政機関」, 「民間機関」, 「家族等」, 「その他」に分類し, 対象者1人あたりの良い関係がある支援者数の介入後の変化(全属性および各属性)を男女別に集計した. さらに同じ分析を年代別にも行った.

(3) 良い関係の増加に関連する支援の方法・内容の分析

表1 支援(方法・内容)についての調査項目

A. 方法	変数の属性
A.1 自殺未遂からの支援開始までの時間	
1) 3日以内の同意者との通話	二値
2) 7日以内の同意者との面接	二値
A.2 面接	
両方との面接あり	カテゴリカル
自殺未遂者本人との面接のみ	
家族との面接あり	
両方面接なし	
B. 内容	
B.1 自殺未遂者本人心理支援	
1) ニーズの傾聴	二値
2) 心理教育的アプローチあり	二値
3) 支援方針の説明と合意あり	二値
B.2 家族心理支援	
1) ニーズの傾聴あり	二値
2) 心理教育的アプローチ	二値
3) 支援方針の説明と合意	二値
B.3 医療機関に関する支援	
受療支援及び治療継続支援	カテゴリカル
受療支援のみ	
治療継続支援のみ	
両方なし	
B.4 社会福祉支援	
社会福祉支援の相談	二値

後ろ向きコホート研究デザインにて、保健所ケースワーカーが実施した自殺再企図防止のための支援（方法・内容）を説明変数とし、対象者における良い関係を持つ支援者の数の介入後の増加を従属変数として、ロジスティック回帰にて分析を行った。調整変数として、性別（男、女）、年齢（30歳未満、30-49歳、50-69歳、70歳以上）、過去の自殺未遂歴（有、無）、精神科受診歴（有、無）、保健所相談歴（有、無）を用いた。解析にはStata10IC（StataCorp LLC）を用いた。欠損値に関してはリストワイズ法を用いて除いた。

5) 倫理的配慮

本研究計画は大阪府こころの健康総合センター倫理審査で承認された（承認番号：こ健第2859号）後、当該事業評価データ（連結不可能匿名化したもの）は5保健所から大阪府こころの健康総合センターに送付され、そこで保健所名が消去された上で国立精神・神経医療研究センターに送付され、解析が行われた。本研究は「人を対象とする医学研究に関する倫理指針（2014年12月22日策定・2017年2月28日一部改正）」に基づいて実施された。

6) 結果

(1) 対象者の性別・年齢および基本属性

① 性別・年齢（表2）

性別は女性69人（67.6%）、男性33人（32.4%）であった。平均年齢は40.7（標準偏差30.4）であった。女性平均年齢は41.9歳（標準偏差18.1）、男性平均は38.2歳（標準偏差40.3）と女性の方が平均年齢が高かった。女性では30-49歳が最も頻度が高く（42.0%）、男性では30歳未満が最も頻度が高かった（30.3%）。

② 自殺企図の主要原因（表3）

自殺企図の主要原因では、男女ともに健康問題が最も多く、次に家庭問題が多かったが、30代、40代および70歳以上の女性では家庭問題を主要原因としている者の割合が最も高かった。

③ 自殺企図手段（表3）

自殺企図手段では、女性では過量服薬（33.3%）が最も多かったが、30歳未満の女性では刃物の割合が最も高かった（40.0%）。男性では刃物が最も多かった（29.5%）。

④ 過去の自殺未遂歴（表3）

女性では50代および60代で「あり」の割合が最も高かった（66.7%）。男性では70歳以上で「あり」の割合が最も高かった（100.0%）。

⑤ 精神科かかりつけ医および保健所相談歴（表3）

精神科かかりつけ医では、女性では50歳未満では「なし」の割合が高かったが、50歳以上では、「あり」と「なし」が同等であった。一方、男性では30歳未満および70歳以上では「あり」の割合が高かったが、30歳から69歳の間では「なし」の割合が高かった。保健所相談歴は男女ともに全年代で「あり」の割合が50%以上を占めていた。

⑥ 事業同意者（表3）

支援開始時の同意者はほとんどの年代で家族同意が自殺未遂者本人同意を上回っていたが、30歳から49歳の男性では、自殺未遂者本人同意と家族同意の割合が同じであった。

(2) 自殺未遂者と良好な関係を築いている支援者数

対象者1人あたりの良い関係がある支援者数の介入後の変化（各属性および全属性）を性・年齢別に示した（表4）。良い関係を持つ支援者の数が増えた対象者は64人（62.7%）で1人増が最も多く（32.4%）、男性の方が増加者の割合は高かった（75.8%）。良い関係が減少している調査対象者が3人（2.9%）見られた。女性では、行政機関との良い関係が増加した者の割合が高かった（44.9%）。男性では医療機関と行政機関との良い関係が増加した者の割合が同様に高かった（21.6%）。年齢別の比較では、50代以上では良い関係の減少はみられなかった。良い関係の増加者の割合は50歳から69歳は75.0%、70歳以上では77.8%と特に高かった。なお、良い関係が減少した対象者は3人いたが、全て女性（20代、30代、40代）で本人が同事業による支援を受けることに同意していた。3人共、家族等の支援者との良い関係が1件減少していた。

(3) 良い関係の増加に関連する支援（方法・内容）の分析（表5）

単変量解析では、支援（方法・内容）と対象者にとっての良い関係の増加に関するオッズ比の内、有意であったのは、方法では自殺未遂者本人・家族両方への面接（オッズ比（以下OR）13.32；95%信頼区間（以下95%CI）2.77-64.00）、内容では、自殺未遂者本人心理支援において点推定値が高い順に自殺未遂者本人のニーズの傾聴（OR4.70；95%CI1.93-11.42）、支援方針の説明と合意形成（OR3.55；95%CI1.48-8.50）、心理教育（OR2.92；95%CI1.19-7.17）であり家族心理支援において支援方針の説明と合意（OR2.41；95%CI1.04-5.56）であった。

表2 対象者の性別・年齢

	女	男	計
性別 (%)	69(67.6)	33(38.2)	102(100.0)
平均年齢 (標準偏差)	41.9(18.1)	38.2(40.3)	40.7(30.4)
年齢分布			
<30 歳 (%)	20(29.0)	13(39.4)	33(32.4)
30-49 歳 (%)	29(42.0)	10(30.3)	39(38.2)
50-69 歳 (%)	12(17.4)	8(24.2)	20(19.6)
≥ 70 歳 (%)	7(10.1)	2(6.1)	9(8.8)
不明 (%)	1(1.4)	0(0.0)	1(1.0)

表3 対象者の基本属性 (性・年齢別)

	女性					男性					総計	
	<30歳	30-49歳	50-69歳	≥70歳	不明	小計	<30歳	30-49歳	50-69歳	≥70歳		小計
総計 (%)	20(100.0)	29(100.0)	12(100.0)	7(100.0)	1(100.0)	69(100.0)	13(100.0)	10(100.0)	8(100.0)	2(100.0)	33(100.0)	102(100.0)
家庭問題 (%)	7(35.0)	12(41.4)	4(33.3)	3(42.9)	0(0.0)	28(37.7)	3(23.1)	2(20.0)	0(0.0)	2(100.0)	7(21.2)	33(32.4)
健康問題 (%)	8(40.0)	10(34.5)	6(50.0)	2(28.6)	1(100.0)	27(39.1)	3(23.1)	4(40.0)	4(50.0)	0(0.0)	11(33.3)	38(37.3)
経済・生活問題 (%)	0(0.0)	5(17.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(7.2)	0(0.0)	2(20.0)	2(25.0)	0(0.0)	4(12.1)	9(8.8)
自殺企図の 主原因	0(0.0)	1(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	3(23.1)	1(10.0)	1(12.5)	0(0.0)	5(15.2)	6(5.9)
男女問題 (%)	2(10.0)	1(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(4.3)	1(7.7)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(6.1)	5(4.9)
学校問題 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.0)	1(1.0)
その他 (%)	2(10.0)	0(0.0)	2(16.7)	2(28.6)	0(0.0)	6(8.7)	2(15.4)	0(0.0)	1(12.5)	0(0.0)	3(9.1)	9(8.8)
不明 (%)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)
過量服薬 (%)	6(30.0)	8(27.6)	5(41.7)	4(57.1)	0(0.0)	23(33.3)	1(7.7)	3(30.0)	0(0.0)	1(20.0)	5(15.2)	28(27.5)
刃物 (%)※	8(40.0)	8(27.6)	3(25.0)	0(0.0)	1(100.0)	20(29.0)	3(23.1)	4(40.0)	3(37.5)	0(0.0)	10(30.3)	30(29.4)
飛び降り (%)	2(10.0)	3(10.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(7.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(4.9)
自殺企図手 段	1(5.0)	1(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.9)	1(7.7)	0(0.0)	1(15.0)	0(0.0)	2(6.1)	4(3.9)
有機溶剤 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(15.0)	0(0.0)	2(6.1)	2(2.0)
その他手段 (%)	1(5.0)	2(6.9)	1(8.3)	2(28.6)	0(0.0)	6(8.7)	2(15.4)	0(0.0)	1(15.0)	0(0.0)	3(9.1)	9(8.8)
企図行為無 (%) †	1(5.0)	4(13.8)	2(16.7)	0(0.0)	0(0.0)	7(10.1)	4(30.9)	2(20.0)	1(15.0)	0(0.0)	7(21.2)	14(13.7)
不明 (%)	1(5.0)	3(10.3)	1(8.3)	1(14.3)	0(0.0)	6(8.7)	2(15.4)	1(10.0)	1(15.0)	0(0.0)	4(12.1)	10(9.8)
過去の自殺 未遂歴	6(30.0)	8(27.6)	8(66.7)	4(57.1)	1(100.0)	27(39.1)	11(84.6)	4(40.0)	6(75.0)	2(100.0)	23(69.7)	50(49.0)
なし (%)	11(55.0)	17(58.6)	3(25.0)	1(14.3)	0(0.0)	32(46.4)	0(0.0)	5(50.0)	2(25.0)	0(0.0)	7(21.2)	39(38.2)
不明 (%)	3(15.0)	4(13.8)	1(8.3)	2(28.6)	0(0.0)	10(14.5)	2(15.4)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(9.1)	13(12.7)
精神科か かりつけ医	3(15.0)	2(6.9)	6(50.0)	3(42.9)	0(0.0)	14(20.3)	9(69.2)	4(40.0)	3(37.5)	2(100.0)	18(54.5)	32(31.4)
なし (%)	17(85.0)	27(93.1)	6(50.0)	3(42.9)	1(100.0)	54(78.3)	4(30.8)	6(60.0)	5(62.5)	0(0.0)	15(45.5)	69(67.6)
不明 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(14.3)	0(0.0)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)
保健所相談 あり (%)	15(75.0)	23(79.3)	9(75.0)	6(85.7)	0(0.0)	53(76.8)	13(100.0)	8(80.0)	8(100.0)	1(50.0)	30(90.9)	83(81.4)
なし (%)	5(25.0)	6(20.7)	3(25.0)	1(14.3)	1(100.0)	16(23.2)	0(0.0)	2(20.0)	0(0.0)	1(50.0)	3(9.1)	19(18.6)
本人同意 (%)	5(21.7)	14(48.3)	3(25.0)	1(14.3)	0(0.0)	23(33.3)	1(7.7)	4(40.0)	1(12.5)	1(50.0)	7(21.2)	32(31.4)
家族同意 (%)	13(65.0)	15(51.7)	8(66.6)	6(85.7)	1(100.0)	43(62.3)	11(84.6)	4(40.0)	7(87.5)	0(0.0)	22(66.6)	69(67.6)
両方同意 (%)	2(10.0)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(4.3)	1(7.7)	2(20.0)	0(0.0)	1(50.0)	4(12.1)	1(1.0)

※リストカット含む。

†自殺のほのめかし (文章や言動) のみで実際の企図行為がない場合を含む。

大阪府における自殺未遂者相談支援事業の評価

表 4 対象者 1 人あたりの良い関係がある支援者数の介入後の変化とその支援者の属性 (性・年齢別)

	女性						男性						合計
	医療機関	行政機関	民間機関	家族等	その他	良い関係のある支援者数の変化(全属性)	医療機関	行政機関	民間機関	家族等	その他	良い関係のある支援者数の変化(全属性)	
全年代													
1人減 (%)	1(1.4)	0(0.0)	1(1.4)	2(2.9)	1(1.0)	3(4.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.9)
変化なし (%)	52(75.4)	38(55.1)	64(92.8)	62(89.9)	68(98.6)	27(39.1)	20(60.6)	20(60.6)	27(81.8)	25(75.8)	28(84.8)	0(0.0)	35(34.3)
1人増 (%)	12(17.4)	26(40.4)	4(5.8)	5(7.2)	0(0.0)	23(33.3)	6(18.2)	8(24.2)	6(18.2)	4(12.1)	4(12.1)	10(3.3)	33(32.4)
2人増 (%)	2(2.9)	2(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(11.6)	5(15.2)	2(6.1)	0(0.0)	1(3.0)	1(3.0)	6(18.2)	14(13.7)
3人増 (%)	2(2.9)	2(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(7.2)	2(6.1)	3(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(15.2)	10(9.8)
4人以上増 (%)	0(0.0)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(4.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(3.0)	7(6.9)
増加者 (%)	18(26.1)	31(44.9)	4(5.8)	5(7.2)	0(0.0)	39(56.5)	13(21.6)	13(21.6)	6(18.2)	5(15.2)	5(15.2)	25(75.8)	64(62.7)
<30歳													
1人減 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.0)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.0)
変化なし (%)	15(75.0)	11(55.0)	20(100.0)	18(9.0)	19(95.0)	8(40.0)	9(69.2)	9(69.2)	11(84.6)	9(69.2)	11(84.6)	5(38.5)	13(39.4)
1人増 (%)	5(25.0)	7(35.0)	0(0.0)	2(10.0)	0(0.0)	6(30.0)	1(7.7)	3(23.1)	2(15.4)	1(7.7)	1(7.7)	4(30.8)	10(30.3)
2人増 (%)	0(0.0)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(20.0)	2(15.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	1(7.7)	2(15.4)	6(18.2)
3人増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(7.7)	1(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
4人以上増 (%)	0(0.0)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.4)	3(9.1)
増加者 (%)	5(25.0)	9(45.0)	0(0.0)	2(10.0)	0(0.0)	11(55.0)	4(30.8)	4(30.8)	2(15.4)	2(15.4)	2(15.4)	8(61.5)	19(57.6)
30-49歳													
1人減 (%)	1(3.4)	0(0.0)	1(3.4)	2(6.9)	0(0.0)	2(6.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(5.1)
変化なし (%)	23(79.3)	15(51.7)	26(89.7)	25(86.2)	29(100.0)	12(41.4)	8(80.0)	7(70.0)	9(90.0)	7(70.0)	9(90.0)	3(30.0)	15(38.5)
1人増 (%)	4(13.8)	11(37.9)	2(6.9)	2(6.9)	0(0.0)	9(31.0)	1(10.0)	2(20.0)	1(10.0)	3(30.0)	1(10.0)	4(40.0)	13(33.3)
2人増 (%)	1(3.4)	1(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(10.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	4(12.1)
3人増 (%)	0(0.0)	2(6.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.4)	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	2(5.1)
4人以上増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(6.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	3(7.7)
増加者 (%)	5(17.2)	14(48.3)	2(6.9)	2(6.9)	0(0.0)	15(51.7)	2(20.0)	3(30.0)	1(10.0)	3(30.0)	1(10.0)	7(70.0)	22(56.4)
50-69歳													
1人減 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
変化なし (%)	9(75.0)	9(75.0)	11(91.7)	11(91.7)	12(100.0)	5(41.7)	3(37.5)	3(37.5)	6(75.0)	7(87.5)	7(87.5)	0(0.0)	5(25.0)
1人増 (%)	2(16.7)	3(25.0)	1(8.3)	1(8.3)	0(0.0)	5(41.7)	4(60.0)	2(25.0)	2(25.0)	0(0.0)	1(12.5)	2(25.0)	7(35.0)
2人増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	1(12.5)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(37.5)	4(20.0)
3人増 (%)	1(8.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	0(0.0)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(37.5)	4(20.0)
4人以上増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
増加者 (%)	3(25.0)	3(25.0)	1(8.3)	1(8.3)	0(0.0)	7(58.3)	5(62.5)	5(62.5)	2(0.0)	1(12.5)	1(12.5)	8(100.0)	15(75.0)
≥70歳													
1人減 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
変化なし (%)	4(57.1)	2(28.6)	6(85.7)	7(100.0)	7(100.0)	1(14.3)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(11.1)
1人増 (%)	1(14.3)	5(71.4)	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(42.9)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	3(33.3)
2人増 (%)	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3人増 (%)	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(42.9)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	4(44.4)
4人以上増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)
増加者 (%)	3(42.9)	5(71.4)	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	6(85.7)	2(100.0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	2(100.0)	7(77.8)
不明													
1人減 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
変化なし (%)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)
1人増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2人増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3人増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
4人以上増 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
増加者 (%)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

表5 支援(方法・内容)と対象者にとっての良い関係の数の増加に関するオッズ比

説明変数	人数	オッズ比 (95% CI)	調整後オッズ比 (95% CI) †
A. 方法			
A.1 自殺未遂からの支援開始までの時間			
1) 3日以内の通話	43	2.09 (0.85-5.17)	1.34 (0.46-3.86)
4日以後の通話	29	1 (reference)	1 (reference)
2) 7日以内の面接	23	3.33 (0.82-13.48)	3.04 (0.61-15.09)
8日以後の面接	33	1 (reference)	1 (reference)
A.2 面接			
両方との面接あり	31	13.32 (2.77-64.00) **	13.33 (2.44-72.81) **
本人との面接のみ	16	2.42 (0.76-7.67)	2.36 (0.62-9.05)
家族との面接あり	17	1.90 (0.62-5.86)	2.38 (0.60-9.47)
両方面接なし	24	1 (reference)	1 (reference)
B. 内容			
B.1 自殺未遂者本人心理支援			
1) ニーズの傾聴あり	47	4.70 (1.93-11.42) **	5.87 (2.00-17.22) **
ニーズの傾聴なし	39	1 (reference)	1 (reference)
2) 心理教育的アプローチあり	38	2.92 (1.19-7.17) *	3.26 (1.13-9.36) *
心理教育的アプローチなし	49	1 (reference)	1 (reference)
3) 支援方針の説明と合意あり	43	3.55 (1.48-8.50) *	5.69 (1.88-17.23) **
支援方針の説明と合意なし	40	1 (reference)	1 (reference)
B.2 家族心理支援			
1) ニーズの傾聴あり	48	1.90 (0.83-4.38)	1.46 (0.51-4.14)
ニーズの傾聴なし	33	1 (reference)	1 (reference)
2) 心理教育的アプローチあり	39	2.23 (0.95-5.26)	1.52 (0.55-4.21)
心理教育的アプローチなし	48	1 (reference)	1 (reference)
3) 支援方針の説明と合意あり	49	2.41 (1.04-5.56) *	2.23 (0.75-6.68)
支援方針の説明と合意なし	34	1 (reference)	1 (reference)
B.3 医療機関に関する支援			
受療支援及び治療継続支援	5	N.A※	N.A※
受療支援のみ	6	5.66 (0.54-46.05)	2.17 (0.17-27.55)
治療継続支援のみ	40	2.31 (0.97-5.47)	4.72 (1.42-15.71) *
両方なし	37	1 (reference)	1 (reference)
B.4 社会福祉支援			
社会福祉支援の相談あり	29	2.32 (0.88-6.11)	1.95 (0.65-5.86)
社会福祉支援の相談なし	59	1 (reference)	1 (reference)

* p < 0.05, ** p < 0.01

※ 5人全員に良いつながりのある支援者の数の増加が認められた。

† 調整変数として、性別 (男、女)、年齢 (30歳未満、30-49歳、50-69歳、70歳以上)、過去の自殺未遂歴 (有、無)、精神科受診歴 (有、無)、保健所相談歴 (有、無) を用いた。

医療機関に関する支援では受療支援・治療継続支援両方ありに該当した5人の対象者全員に良い関係のある支援者の数の増加が見られた。多変量解析では、良い関係を持つ支援者の数の増加の支援(方法・内容)による調整オッズ比は、方法では自殺未遂者本人・家族両方への面接(調整オッズ比(以下AOR) 13.33; 95% CI 2.44-72.81)、内容では、自殺未遂者本人心理支援において、点推定値の高い順にニーズの傾聴(AOR 5.87; 95% CI 2.00-17.22)、支援方針の説明と合意形成(AOR 5.69; 95% CI 1.88-17.23)、心理教育(AOR 3.26; 95% CI 1.13-9.36)、医療機関に関する支援では治療継続支援のみを行った場合(AOR 4.72; 95% CI 1.42-15.71)であった。受療支援・治療継続支援両方ありに該当した5人の対象者全員に良い関係のある支援者の数の増加が見られた。

III. 考察

1. 第一段階について

自殺未遂者への支援研究の中で、良い関係のある支援者の数の変化を指標とした研究はこれまでに報告されていない。自殺未遂者への支援研究の多くが自殺再企図の有無をアウトカムとしており[3]、フォーカスグループインタビューの中でも長期的なアウトカムは自殺再企図の減少と考えた。しかしながら、同事業では、自殺再企図に関する情報の収集は行われていなかった。その為、現実的に収集可能な中間指標として、先行研究で本人の自殺企図と相関が報告されている「良い関係のある支援者の増加」を今回の研究のアウトカム指標とする事とした。本人支援についての仮説については、第二段階の解析にて良い関係のある支援者の増加と相関する本人心理支援内容も見つかっており、概ね妥当であったと思われる。

る。家族支援に関しては、第二段階の解析にて良い関係のある支援者の増加と相関する家族心理支援内容は見つかっていない。これについて、仮説の設定が不適切であった可能性に加え、家族支援について当初、設定されていた仮説が複雑なものであったことから、その検証に用いた解析法が不十分であった可能性がある。

2. 第二段階について

(1)対象者の基本属性

自殺未遂者の性別・年齢に関して、女性が過半数を占めており、年齢層にばらつきが多かった。また、基本属性に関して、自殺企図手段は、過量服薬や刃物（リストカット含む）など致死性の低い手段の割合が高く、約半数に過去の自殺未遂歴が見られた。また、主な原因として家庭問題、健康問題が挙げられていた。こういった特徴をACTION-J研究[5]と比較すると以下のようなことが言える。ACTION-J（三次救急医療機関における自殺未遂者を対象としたケースマネジメント研究）の対象者の包含基準は20歳以上、DSM-TRの一軸診断として精神疾患が認められること、となっており、その基本属性（介入群および対照群）は女性が過半数を占めており、平均年齢は約42歳、自殺企図手段としては、過量服薬が7割、また過去の自殺未遂歴が約半数に見られていた。本研究の自殺未遂者の基礎情報の多くは、ACTION-J研究[5]と共通していたが、本研究では、自殺企図手段の手段では刃物が最多である点が同研究[5]と異なっていた。こういった違いは本研究では警察を事業対象者の把握経路としていること、精神疾患の診断を事業参加に必須としないことから、結果として医療処置が不要な者も含まれていることが影響した可能性がある。

(2)アウトカム指標

アウトカム評価の中で、自殺未遂者と良好な関係を築いている支援者の増加が62.7%の対象者にみられ、男性の方が増加者の割合が高かった。増加した良い関係がある支援者の属性は、男女とも行政機関の割合が高いことから、本事業の主な成果とは、介入するケースワーカーとの関係の確立自体であることがわかる。また、男性の方が良い関係の増加者の割合が高いことについては、もともと、基本属性として、女性の方が精神科かかりつけ医ありの割合が低く、保健所相談歴がある者の割合が低いことから、男性と比べると継続的な関係作りが困難である可能性が考えられた。一方、ACTION-J研究[5]などでは、女性、若年者、過去の自殺未遂歴のある者に効果がみられることから、適切に関係作りが行われた時の自殺未遂予防効果は女性の方が高いことも推測される。良い関係の増加者の割合が50歳以上で増加していることに関しても、同様、全体の約半数を占める50歳未満の女性に精神科かかりつけ医ありの割合が低く、継続的な関係作りが困難なことが影響していることが考えられた。良い関係の減少が見られた自殺未遂者について、本人同意の比較的若い女性の家族等との良い関係の減少であるこ

とが共通していた。こういった個々の関係変化の質的な評価は、今後の研究の課題である。

(3)効果的な支援

次に、効果的な支援（方法・内容）については、「自殺未遂者本人・家族両方への面接」、支援内容の内、自殺未遂者本人心理支援では、「ニーズの傾聴」および「心理教育」、「支援方針の説明と合意形成」が有意に良い関係を持つ支援者の増加と関連があることがわかった。また、医療機関に関する相談では、「受療支援・治療継続支援の両方実施」および「治療継続支援のみの実施」の両方の場合に良い関係を持った支援者の数が増える可能性が示唆された。

自殺未遂者本人・家族両方への面接が有意な結果となったことについては、もともと家族による事業同意が多く、本人との関係作りを成功させるには家族・本人を含んだ面接の場を作り、本人を支援の対象に含んでいくことが必要だと思われた。本人心理支援が有意な結果となったことに関しては、いずれの支援内容もオッズ比の信頼区間の幅が広く、優劣について明言するに不十分であると考えたが、少なくともこういった心理介入が本人との関係作りに不可欠であると思われた。

自傷行為を行う者はもともと幼い頃の何らかの逆境体験等により人間関係を作ることに困難を抱える傾向があることが報告されている[17]。その為、関係作りには特に丁寧に自殺未遂者のニーズをつかみ、心理教育にてエンパワメントを行い、支援方針について共同した意思決定を行って行くことが必要と思われる。

医療的介入が有意となった背景には、このような自殺未遂者に医療的ニーズがある者が多いということ、もともと関係作りに困難を抱える自殺未遂者にとっては医療機関の紹介（受療支援）に留まらず、継続性を持った支援が必要であることがわかる。こういった継続的な支援の必要性についてはACTION-J研究[5]によるケースマネジメント介入でもわかっており、それを裏付ける結果となった。

また、同研究におけるケースマネジメント介入のパッケージには面接、電話面接、背景の情報収集、精神科医等の受診勧奨、精神科治療継続支援、福祉的支援へのつなぎ、インターネットでの情報提供や自殺未遂者本人や家族への心理教育といった要素も含まれている[5]。今回の結果では、そういったパッケージの保健所での効果について検証すると同時に、効果的援助要素についての探索を行ったとも言える。

3. 研究の限界

(1)選択バイアス

まず支援終了者の解析において、そもそも面接や心理教育、支援方針の説明と同意といった介入を行うことが可能な層は、はじめからそれが出来ない層とは特性が異なっており、その特性の違いがアウトカムの違いに影響していた可能性がある。次に、支援終了者のみを調査対

象としたことも挙げられる。支援終了基準は方法で述べたが、研究対象者102人の支援終了後転帰の中に、初期対応後、保健所でのこころの健康相談に移行した者33.3%、他機関へ紹介したことにより終了した者19.6%が含まれている。その為、いずれかの機関の支援者との良好な関係を築くこと自体が支援の終了に影響した可能性が否定出来ない。

(2)情報バイアス

一つ目は対象者本人から支援者との関係の変化について回答を得ることができなかったことである。しかし、その対処の為、対象者と支援者の関係を評価する要素については先行研究[18]にて看護師-患者間の関係の評価要素として用いられているもの(信頼、相互性、相手の尊重、所属感、思いやり)を参考に設定した。結果として、評価項目に関しては、一定の質が担保されている可能性がある。二つ目が、評価内容に関するものである。対象者本人の支援記録をもとにした関係の評価が自殺未遂者を支援する側の保健所ケースワーカー1人によって行われた為、その作業上、正確性に欠けた可能性は否定できない。しかし、評価を担当したケースワーカーは支援記録および評価項目を十分理解しており、データの誤分類は最小限に抑えられたと考えられる。

最後に、表2・3(調整変数)および表5(説明変数)において、最大3割近い欠損値が存在していることがわかる。欠損値の補完は対象者1人一つでも欠損値があったら削除する形(リストワイズ法)を用いた。しかしこの欠損値の補完法では、欠損のメカニズムがMCAR(Missing Completely At Random)でない場合、結果がバイアスされている可能性がある。

(3)効果指標

今回の研究では、アウトカムイベントの発生率が高く、オッズ比はリスク比に近似が困難であり、効果の定量には限界がある。しかしながら、今回の解析の目的は支援の効果の相対比較であるということがあり、その目的にかなう扱いやすい指標としてオッズ比が使われた。

(4)研究のデザイン

同事業の性質上、非介入群を設定することが困難であり、非介入者を対照とする形でのアウトカムの評価ができなかったことが挙げられる。今後、対照を設けての評価を行って行くことが望ましいが、効果的な支援が明らかになった以上、研究による自殺未遂者への不利益について配慮する必要がある。その為、大阪府で本事業開始前の自殺未遂者の記録をさかのぼり、1年間の支援関係の改善等を分析する方法等も考えられる。

IV. 結論

フォーカスグループインタビューによるアウトカム指標の設定は本人支援に関して妥当であった。本研究では、保健所にて自殺未遂者への支援を行うにあたって支援者と自殺未遂者本人・家族との面接を通して本人を支援の

対象に含んでいく必要があること、支援者は自殺未遂者のニーズを傾聴し、心理教育等にて自殺未遂者本人のエンパワメントを行い、本人との共同した意思決定を基にした主体的な回復を目指していく必要があること、自殺未遂者にとっては、医療とのつなぎに関しては窓口紹介ではなく、継続的な支援が必要なことが示唆された。今後の課題として良い関係のある支援者が減少した50歳未満の女性等個々の自殺未遂者と支援者間の関係変化の質的な評価や、事業開始前の自殺未遂者を対照とした比較研究が挙げられた。

利益相反

なし

謝辞

本研究を行うにあたり、大阪府健康医療部保健医療室地域保健課上野千佳参事、2015年度業務検討プロジェクトチーム、立命館大学総合心理学部総合心理学科川野健治先生に、多大なご協力を頂きました。深く感謝いたします。

引用文献

- [1] 厚生労働省. 令和元年度自殺対策白書. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html>(accessed 2021-01-28)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Reiwa 1 nendo Jisatsu taisaku hakusho.] <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html>(accessed 2021-01-28) (in Japanese)
- [2] Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014;168:476-483. doi:10.1016/j.jad.2014.06.027
- [3] Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):740-750. doi:10.1016/s2215-0366(16)30070-0
- [4] Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health.* 2009;9:1-11. doi:10.1186/1471-2458-9-364
- [5] Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al. 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 multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(3):193-201. doi:10.1016/

- s2215-0366(14)70259-7
- [6] Furuno T, Nakagawa M, Hino K, et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study. *J Affect Disord.* 2018;225:460-465. doi:10.1016/j.jad.2017.08.071
- [7] 荒川区. 荒川区自殺未遂者調査研究事業報告書. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/to-kyokaigi/torikumi/kaigi/souki/kaigishiryouto250131.files/siryouto5-5_arakawa_report.pdf (accessed 2021-01-28) Arakawaku. [Arakawaku jisatsu misuisha chosa kenkyu jigyo.] (in Japanese) https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/to-kyokaigi/torikumi/kaigi/souki/kaigishiryouto250131.files/siryouto5-5_arakawa_report.pdf (accessed 2021-01-28)
- [8] 京都府福祉・援護課. みんなで支えあう丹後こころの支援ネットワーク. 自殺総合対策推進センター. <http://www.pref.kyoto.jp/tango/ho-tango/documents/hokensyodayorino47.pdf> (accessed 2020-05-28) Fukushi Engoka, Kyotofu. [Tango support network to support each other.] (in Japanese) <http://www.pref.kyoto.jp/tango/ho-tango/documents/hokensyodayorino47.pdf> (accessed 2020-05-28)
- [9] 滋賀県大津市保健所. 救急告知病院と連携した自殺未遂者支援. 自殺総合対策推進センター. <https://irpsc-jssc.jp/jireidb/files/H26-07-05x.pdf> (accessed 2020-05-28) Otsushi Public Health Center, Shigaken. [Joint support program with emergency veterinary hospital for residents who attempted with suicide.] <https://irpsc-jssc.jp/jireidb/files/H26-07-05x.pdf> (accessed 2020-05-28) (in Japanese)
- [10] Centers for Disease Control and Prevention NC for IP and, Control. Strategic direction for the prevention of suicidal behavior: Promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior. Published 2008. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5275/> (accessed 2020-05-28)
- [11] Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am J Psychiatry.* 2010;167(7):801-808. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09050627
- [12] Czyz EK, Liu Z, King CA. Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41(2):214-226. doi:10.1080/15374416.2012.651998
- [13] Teo AR, Choi H, Valenstein M. Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PLoS One.* 2013;8(4):e62396. doi:10.1371/journal.pone.0062396
- [14] 本屋敷美奈. 警察で取り扱った自殺未遂者の支援から見てきたもの: 精神保健福祉センターでの事業評価. *公衆衛生.* 2016;80(6):441-444. Honyashiki M. [Keisatsu de toriatsukatta jisatsu misuisha no shienkara mietekita mono; Seishin hoken fukushi center deno jigyo hyoka.] *Koshu Eisei.* 2016;80(6):441-444. (in Japanese)
- [15] 大阪府. 自殺未遂者相談支援事業 (いのちの相談支援事業) 対応の手引き. 大阪府; 2013. Osaka Fu. [Jisatsu misuisha sodan shien jigyo. Inochi no sodan shien jigyo. Taio no tebiki.] Osaka; 2013. (in Japanese)
- [16] 河西千秋, 平安良雄, 監訳. 自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き (日本語訳第2版). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4_jpn.pdf;sequence=6 (accessed 2020-05-28) Kawanishi C, Hirayasu Y, Translation Supervisor. [Preventing suicide : a resource for primary health care workers (2nd edition).] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4_jpn.pdf;sequence=6 (accessed 2020-05-28) (in Japanese)
- [17] Wrath AJ, Adams GC. Self-Injurious Behaviors and Adult Attachment: A Review of the Literature. *Arch Suicide Res.* 2018;1-24. doi:10.1080/13811118.2018.1486251
- [18] Phillips-Salimi CR, Haase JE, Kookan WC. Connectedness in the context of patient-provider relationships: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2012;68(1):230-245. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05763.x