

中央区

自殺未遂者実態調査報告書

平成27年（2015年）2月

中央区自殺対策協議会

目 次

I. はじめに	1
II. 方法	3
1. 対象	3
2. 方法	3
3. 分析方法	5
III. 結果	7
1. 対象39事例のプロフィール	7
2. 予備調査との比較	14
3. 新規に調査項目を追加した17事例の検討	21
IV. 考察	24
1. 本調査から得られた知見と中央区における自殺対策事業の効果	24
2. 本調査から見てくる中央区の自殺未遂者対策の課題と提言	26
3. 本調査の制約	27
V. 結論	27
中央区自殺未遂者実態調査の概要および今後の方向性	29

I. はじめに

平成 10 年にわが国の自殺者総数は一挙に急増して 3 万人を超し、以後、14 年間にわたって 3 万人を切らない状態が続いていた。最近 3 年間は 3 万人をわずかに下回っているものの、いまだ平成 10 年の急増以前の状態には回復しておらず、予断を許さない状況が続いている。こうした状況のなかで、わが国では政府、自治体を中心とした様々な自殺対策事業が展開されてきたが、当初、一般地域住民に対する啓発的事業を中心とした対策の方向性は、最近では、自殺リスクの高い個人に対する直接サービスへと大きく舵を切り始めている。実際、平成 24 年 8 月に閣議決定された改正自殺総合対策大綱では、これまでの一般住民に対する啓発中心の自殺対策(『ポピュレーション・アプローチ』)から、自殺リスクの高い集団および個人に対する自殺対策『ハイリスク・アプローチ』へと力点が移されている。

ところで、ひとくちにハイリスクな集団・個人といっても、これには様々な人たちが含まれている。たとえば、すでに精神障害に罹患している人、多重債務などで経済的に困窮している人、さらには、身近な支援者や大切な家族、安全な住居を失った人などがそれに当たる。いうまでもなく、精神障害、返済困難な借金や貧困、大切な家族等の喪失はいずれも自殺の危険因子である。しかし、こういった様々な自殺の危険因子のなかで特に重要な危険因子は、最近における自殺未遂歴の存在である。事実、国内外の多くの自殺研究が、近い将来の自殺を予測するうえで最も強力な危険因子として、この自殺未遂歴をあげている^{1,2)}。このことは、地域におけるハイリスク・アプローチを実践するならば、自殺未遂者に対する支援こそが最優先的に講じるべきであることを意味しており、わが国における自殺未遂者支援の有効性については、すでに厚生労働省『自殺対策のための戦略研究 ACTION-J』において証明されている³⁾。

以上のような経緯から中央区自殺対策協議会では、すでに平成 24 年度より、中央区内にある救急基幹病院と連携し、自殺未遂者対策を展開してきた。平成 24 年度には最初の準備段階として同病院で予備調査を実施している。その結果、自殺未遂者の多くが精神科治療歴を有し、自殺の手段・方法として向精神薬の過量服薬を行っていること、自殺未遂者の発見・通報、救急医療期間への付き添い、退院後の支援を主に担っているのは家族であり、自殺未遂者の家族に対する支援も必要であること、さらには、救急医療機関搬送後も希死念慮や自殺の計画が持続していたり、「自殺しない約束」に応じなかったりして、再企図のリスクが高いまま、退院となっている者が少なからず存在することが明らかにされた。そして、このような予備調査の結果を受けて、中央区自殺対策協議会では、平成 25 年度から、過量服薬を防止するために薬剤師会と取り組みを始め、家族支援リーフレットを作成する等の選択的予防介入と並行して、区内在住者の自殺未遂者の特徴を明らかにするために区内救急基幹病院

で自殺未遂者調査を実施した。この調査を通して、中央区における自殺対策の様々な取り組みがどのような成果をあげているのかを含め、今後の中央区における自殺未遂者対策のあり方について考察を行いたい。

Ⅱ. 方法

1. 対象

本調査の対象は、平成 25 年 4 月から平成 26 年 12 月までの間に、区内救急基幹病院救命救急センターに来院した自殺未遂患者のうち、その居住地が中央区内である者 39 事例である。

2. 方法

1) 情報源

対象者に関する次の調査項目に関する情報を、区内救急基幹病院の職員に診療録より転記してもらい、個人の特定不可能な様式に整えた上で提供を受けた。

2) 調査項目

本調査で収集した項目、ならびに各項目の定義は以下の通りである。

以下に示す①～⑬までは全対象に共通した項目であるが、⑭以降は、平成 26 年 1 月以降に搬送された 17 事例に対してのみ追加して収集されるようになった項目である。

〈全事例に共通する項目〉

- ① 人口動態的変数: 年齢、性別。
- ② 中央区内の居住エリア: 対象者の居住地を、区内の町名にもとづいて、「京橋」、「日本橋」、「月島」の三つのエリアに分類した。
- ③ 医療保険の種別: 対象者が今回の自殺未遂に際して用いた医療保険の種別について、「社保(被用者保険)」、「国保(国民健康保険)」、「後期高齢者(後期高齢者医療制度)」、「生保(生活保護)」、「労災」、「自費」という項目のいずれか一つに分類した。
- ④ 今回の自殺企図に用いた手段・方法: 今回の自殺企図に際して用いた手段・方法を、「医薬品の過量摂取」、「劇毒物の摂取」、「ガス」、「切創・刺創(頸部・体幹)」、「切創・刺創(四肢)」、「高所飛び降り」、「縊首」、「その他」に分類した。自殺企図の方法が複数にわたった場合は、原則として最も致死性の高い手段・方法 1 種類だけを採用することとした。なお、自殺の手段・方法として「医

薬品の過量摂取」を用いた者に関しては、摂取した主たる医薬品の種類を、「向精神薬(精神科治療薬)」、「鎮痛解熱薬」、「その他」に分類した。「何らかの薬物中毒であることはまちがいないが、具体的な薬剤の種類を同定できない」という場合には、「不明」とした。

- ⑤ 自殺行動の発見者: 対象者の自殺行動の第一発見者を、「同居者・同居家族」、「同居しない家族」、「通行人」、「その他」に分類した。
- ⑥ 自殺行動の通報者: 今回の自殺企図に際して救急隊を要請した者、もしくは、医療機関に連絡をとった者を、「本人」、「同居者・同居家族」、「同居しない家族」、「通行人」、「その他」に分類した。
- ⑦ 救急医療機関への付き添いの有無とその種類: 今回の救急医療機関受診に際して付き添い者が同行していたかどうかを調べた。付き添い者がいた場合にはその種類を、「同居する親・子・きょうだい」、「配偶者・同居者」、「同居しない親・子・兄弟」、「その他」の項目に分類した。なお、「確かに付き添い者はいたが、対象者本人との関係は不明」という場合には「不明」とした。
- ⑧ 精神科治療歴と精神科診断: 対象者が過去に精神科において通院もしくは入院治療を受けたことがあるかどうかについて調べた。治療歴があるものについては、調査実施施設スタッフが把握した診断名のうち、最も主要なもの一つを、米国精神医学会の診断分類 **DSM-IV-TR** の項目に従い、「うつ病性障害」、「双極性障害」、「統合失調症」、「不安障害」、「解離性障害」、「物質使用障害」、「広汎性発達障害」、「パーソナリティ障害」、「睡眠障害」、「適応障害」、「その他の精神障害」に分類した。
- ⑨ 救急医療機関搬送後における希死念慮(自殺をしたいという気持ち)、ならびに自殺の計画の有無: 調査実施施設において治療開始時に同施設スタッフが、対象者に対して希死念慮と自殺の計画を確認した際の所見を、「あり」、「なし」、「不明」に分類した。
- ⑩ 救急医療機関における「自殺しない約束」への反応: 調査実施施設の救命救急スタッフは、原則として自殺企図患者全例に対して、「もうこのような行動をしないように」と説得し、約束を求めている。これに対して肯定的な反応(「約束する」)をするか、あるいは否定的な反応(「約束しない」)をするかは、対象者の再企図リスクを評価する際の参考情報となる。本調査では、この約束を求めた際の対象者の反応について、「約束する」、「約束しない」、「不明」という三つの項目に分類した。
- ⑪ 救急医療機関における退院後の精神科フォローアップ(継続支援)に関する情報を、「それまで通院していた精神科に通院」、「調査実施施設精神科に通院」、「精神科入院」、「精神科フォロー不要」、「その他」に分類した。

- ⑫ 救急医療機関退院後の生活における同居者の有無に関する情報を、「家族・パートナー等と同居」、「独居」、「その他」、「不明」に分類した。
- ⑬ 救急医療機関における高リスク判定: 調査実施施設では、原則として自殺企図患者全例に対して、上述した、希死念慮や自殺の計画の持続、「自殺しない約束」への反応などをはじめとする、様々な情報を総合し、再企図に関するリスク評価を行っている。その結果、自殺リスクが高度であると判断した患者に対しては「高リスク」という判定を下し、退院後における精神科治療体制の調整などについて特に慎重に進めるようにしている。本調査では、この判定所見を、「(高リスク)あり」、「(高リスク)なし」、「判定不能」、「不明」という四つの項目に分類した。

〈平成 26 年 1 月以降の事例のみから収集した項目〉

- ⑭ 職業: 調査実施施設受診時点における対象事例の職業を調べ、その結果を「自営業者・家族従業者」、「被雇用者・勤め人」、「学生・生徒等」、「無職者」のいずれかに分類した。
- ⑮ 自殺未遂歴: 過去の自殺未遂歴について、その有無を調べた。
- ⑯ 自殺の原因・動機: 調査実施施設の救急医療スタッフが、今回の自殺企図の原因と感じた理由を、「家庭問題」、「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」、「不明」のなかのいずれか 1 つに分類する。
- ⑰ 自立支援医療等の受給状況: 自立支援医療、精神障害者手帳等受給しているサービスを調べた。

〈予備調査〉

本調査の準備段階として、予備調査を実施し、平成 20 年 2 月～平成 25 年 1 月の間に、区内救急基幹病院救命救急センターに来院した、区内在住の自殺未遂者の診療録を転記してもらい、区の自殺未遂者の傾向を捉えた。

3. 分析方法

今回の調査では、全対象に共通してデータ収集している調査項目①～⑬に関して定量的な検討をし、新たに追加した調査項目である⑭～⑰については、個々の事例を定性的に検討した。

1) 定量的検討(調査項目①～⑬)

今回の調査では、単純集計結果として中央区在住者の自殺未遂者の実態として吟味した。そのうえで、本調査の対象を、予備調査において収集した同じ項目に関するデータと比較し、最近における中央区在住者の自殺未遂者の特徴を明らかにするとともに、中央区自殺対策協議会と区内救急基幹病院との様々な協働的な取り組みを開始したことが、院内における自殺未遂者への対応にどのような変化をもたらしたのかを検討した。

統計学的解析には SPSS version 17.0 を用い、年齢のような量的変数の比較には Student's t 検定を、それ以外の質的変数の比較には Pearson's χ^2 検定を用い、両側検定で 5%未満の水準を有意とした。

2) 定性的検討(項目⑭～⑰)

平成 26 年 1 月以降に調査項目を新規に追加した自殺未遂者 17 事例を対象として、自殺の背景や再企図のリスク、退院後の方針などについて定性的に検討した。

Ⅲ. 結果

1. 対象 39 事例のプロフィール

1) 対象の年齢分布(表 1)

対象 39 事例の年齢は 16～88 歳に分布し、その平均年齢[標準偏差]は、38.5 [14.9]歳であった。

表1: 対象者の年齢

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
年齢(歳)	16	88	38.5	14.9

2) 対象者の性比率(表 2)

対象者の性比率は男性 3 名 (7.7%)、女性 36 名 (92.3%) であり、女性が圧倒的に多かった。

表2: 対象者の性比率

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
男性	3	7.7%
女性	36	92.3%

3) 対象者の居住エリア(表 3)

対象者の居住エリアの分布は、京橋 19 名 (48.7%)、日本橋 5 名 (12.8%)、月島 15 名 (38.5%) であった。

なお、平成 26 年 1 月時点における中央区の公表データによれば、各エリアの人口は京橋 32,766 名、日本橋 40,892 名、月島 58,952 名である。調査実施施設の立地や診療圏の影響が大きいと考えられるが、本調査の対象者は、京橋エリア居住者の割合がやや高く、日本橋エリアの居住者の割合がやや低いと思われた。

表3: 対象者の居住エリア

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
京橋	19	48.7%
日本橋	5	12.8%
月島	15	38.5%

4) 対象者の保険種別(表 4)

対象者に関する医療保険の種別については、国保(国民健康保険)が最も多く、22 名(56.4%)と半数あまりを占め、次いで、社保(被用者保険)が 12 名(30.8%)、生活保護 3 名(7.7%)、後期高齢者と自費がそれぞれ 1 名(2.6%)という順であった。

参考までに、中央区では、平成 26 年 4 月の時点における区内の生活保護人員(1,060 名)、ならびに後期高齢者医療対象者数(10,258 名)と比較してみると、自殺未遂者における後期高齢者の割合は、生保の割合に比べて著しく低い。

表4: 対象者の保険種別

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
社保	12	30.8%
国保	22	56.4%
後期高齢者	1	2.6%
生保	3	7.7%
労災	0	0.0%
自費	1	2.6%

5) 自殺の手段・方法(表 5)

対象者が行った自殺の手段・方法のなかで最も主たるものとしては、医薬品の過量摂取が、27 名(69.2%)と圧倒的に多かった。次いで、頸部・体幹に対する切創・刺創 4 名(10.3%)、四肢に対する切創・刺創 3 名(7.7%)と続いた。

表5: 自殺の手段・方法

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
医薬品の過量摂取	27	69.2%
劇毒物の摂取	1	2.6%
ガス	2	5.1%
切創・刺創(頸部・体幹)	4	10.3%
切創・刺創(四肢)	3	7.7%
高所飛び降り	1	2.6%
縊首		
その他	1	2.6%

6) 自殺に用いた医薬品の種類(表 6)

自殺の主たる手段・方法として医薬品による過量摂取を用いた 27 名について、服用した医薬品の種類を調べた。その結果、向精神薬が最も多く、23 名(85.2%)であり、次いで、鎮痛解熱薬が 3 名(11.1%)であった。

表6: 自殺に用いた医薬品の種類

	(人数)	(割合)
[総計]	27	100.0%
向精神薬(精神科治療薬)	23	85.2%
鎮痛解熱薬	3	11.1%
その他	1	3.7%

7) 自殺行動の発見者(表 7)

対象者の自殺行動を最初に発見した者は、同居者・同居家族が最も多く、18 名(46.2%)であった。次いで、その他が 13 名(33.3%)、同居しない家族が 7 名(17.9%)であり、通行人が発見者であった者は 1 名(2.6%)であった。なお、その他には、家族以外の知人、友人、恋人などが含まれていると推測される。

表7: 自殺行動の発見者

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
同居者・同居家族	18	46.2%
同居しない家族	7	17.9%
通行人	1	2.6%
その他	13	33.3%

8) 自殺行動の通報者(表 8)

自殺行動した後に救急隊要請、ないしは医療機関に連絡をした者としては、同居者・同居家族が最も多く、18 名(46.2%)であった。次いで、その他が 10 名(25.6%)、本人が 6 名(15.4%)であった。

表8: 自殺行動の通報者

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
本人	6	15.4%
同居者・同居家族	18	46.2%
同居しない家族	4	10.3%
通行人	1	2.6%
その他	10	25.6%

9) 救急医療機関への付き添いの有無(表 9)

34 名(87.2%)は、付き添い者を伴って来院していた。

表9: 救急医療機関への付き添いの有無

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
なし	5	12.8%
あり	34	87.2%

10) 付き添い者の種類(表 10)

救急医療機関受診時の付き添いのあった者 34 名における同行者の内訳としては、同居する親・子・きょうだい最も多く、17 名(50.0%)であった。ついで、その他が 6 名(17.6%)、配偶者・同居者が 5 名(14.7%)、同居しない親・子・きょうだいが 4 名(11.8%)であった。

表10: 付き添い者の種類

	(人数)	(割合)
[総計]	34	100.0%
同居する親・子・きょうだい	17	50.0%
配偶者・同居者	5	14.7%
同居しない親・子・きょうだい	4	11.8%
その他	6	17.6%
通行人	1	2.9%
不明	1	2.9%

11) 対象者の精神科治療歴の有無(表 11)

32 名(82.1%)が、精神科治療歴を有していた。

表11: 対象者の精神科治療歴の有無

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
なし	7	17.9%
あり	32	82.1%

12) 対象者の精神科診断の内訳(表 12)

精神科治療歴のあった 32 名について、救急医療機関において把握し得た、精神科診断の内訳は、うつ病性障害が 14 名(43.8%)と最も多く、次いで統合失調症が 5 名(15.6%)、その他の精神障害が 2 名(6.3%)、さらに不安障害、双極性障害、パーソナリティ障害、睡眠障害、適応障害、広汎性発達障害、解離性障害がそれぞれ 1 名ずつ(3.2%)であった。

表12: 対象者の精神科診断の内訳

	(人数)	(割合)
[総計]	32	100.0%
うつ病性障害	14	43.8%
統合失調症	5	15.6%
不安障害	1	3.2%
双極性障害	1	3.2%
パーソナリティ障害	1	3.2%
睡眠障害	1	3.2%
適応障害	1	3.2%
広汎性発達障害	1	3.2%
その他の精神障害	2	6.3%
解離性障害	1	3.2%
物質使用障害(アルコール依存)	0	0.0%
治療歴あるも診断名不明	4	12.5%

13) 救急医療機関搬送後における希死念慮の有無(表 13)

救急医療機関に搬送された後、救急医療機関のスタッフは、身体的治療を行いながら、患者に対して希死念慮(自殺をしたいという気持ち)の有無を確認し、自殺行動に先立って存在した希死念慮が、現在も持続しているかどうかを評価する。その際に、「希死念慮あり」と判断された者は、対象者中の 16 名(41.0%)であった。

表13: 救急医療機関搬送後における希死念慮の有無

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
なし	17	43.6%
あり	16	41.0%
不明	6	15.4%

14) 救急医療機関搬送後における自殺の計画(表 14)

前項において述べたように、救急医療機関スタッフは、現在における希死念慮の有無を確認するだけでなく、現在も自殺の計画を考えているか、についても評価する。その結果、救急医療機関搬送後にも自殺の計画を考えていた者が 2 名 (5.1%) 存在した。

表14: 救急医療機関搬送後における自殺の計画

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
なし	23	59.0%
あり	2	5.1%
不明	14	35.9%

15) 救急医療機関における「自殺しない約束」への反応(表 15)

本調査の対象者では、自殺しない約束に対して肯定的反応(「約束する」)を示した者は 29 名 (74.4%) であり、否定的な反応(「約束しない」)を示した者は 2 名 (5.1%) であった。また、8 名 (20.5%) は明瞭な反応を示さなかった。

表15: 救急医療機関における「自殺しない約束」への反応

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
約束しない	2	5.1%
約束する	29	74.4%
不明	8	20.5%

16) 救急医療機関退院後のフォローアップ

本調査の対象者では、21 名 (53.8%) にそれまでの通院先に継続通院指示、という対応がなされていた。次いで、調査実施施設精神科への通院と精神科入院がそれぞれ 5 名 (12.8%) であり、大半が精神科医療につながられていた。

表16: 退院後の精神科フォローアップ

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
それまでの通院先に通院指示	21	53.8%
調査実施施設精神科への通院	5	12.8%
精神科入院	5	12.8%
精神科フォロー不要	1	2.6%
その他	4	10.3%
不明	3	7.7%

17) 退院後の家族・パートナー等との同居状況 (表 17)

本調査では、退院後に、家族・パートナー等と同居予定となっていた者は、対象中 14 名 (35.9%) と最も多かったが、その一方で 10 名 (25.6%) は独居であった。また、不明が 15 名 (38.5%) 存在した。

表17: 退院後の家族・パートナー等との同居状況

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
独居	10	25.6%
同居	14	35.9%
不明	15	38.5%

18) 救急医療機関における高リスク判定

調査実施施設において、自殺再企図に関して、高リスクと判定をされた者は、対象中 23 名 (59.0%) であった。

表18: 救急医療機関における高リスク判定

	(人数)	(割合)
[総計]	39	100.0%
なし	11	28.2%
あり	23	59.0%
判定不能	4	10.3%
不明	1	2.6%

2. 予備調査との比較

1) 年齢に関する比較(表 19)

本調査における対象の年齢については、予備調査における対象とのあいだに有意差は認められなかった。

表19: 対象者の年齢(N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢(歳)	39.1	15.1	38.5	14.9

2) 性比率に関する比較(表 20)

性比率については、本調査と予備調査とのあいだで有意差が認められ($P=0.017$)、本調査では自殺未遂者における女性の比率が高くなっていた。

表20: 対象者の性比率($P=0.017$)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
男性	32	25.6%	3	7.7%
女性	93	74.4%	36	92.3%

3) 居住エリアに関する比較(表 21)

対象者の居住エリアに関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表21: 対象者の居住エリア(N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
京橋	47	37.6%	19	48.7%
日本橋	25	20.0%	5	12.8%
月島	53	42.4%	15	38.5%

4) 保健種別に関する比較(表 22)

対象者の保健種別に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表22: 対象者の保険種別(N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
社保	49	39.2%	12	30.8%
国保	66	52.8%	22	56.4%
後期高齢者	4	3.2%	1	2.6%
生保	4	3.2%	3	7.7%
労災	1	0.8%	0	0.0%
自費	1	0.8%	1	2.6%

5) 自殺の手段・方法に関する比較(表 23)

対象者が用いた自殺の手段・方法に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差($P=0.030$)が認められ、本調査では予備調査に比べて医薬品の過量摂取を用いた者の割合が少なかった。

表23: 自殺の手段・方法 (P=0.030)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
医薬品の過量摂取	105	84.0%	27	69.2%
劇毒物の摂取	3	2.4%	1	2.6%
ガス	1	0.8%	2	5.1%
切創・刺創(頸部・体幹)	1	0.8%	4	10.3%
切創・刺創(四肢)	4	3.2%	3	7.7%
高所飛び降り	2	1.6%	1	2.6%
縊首	4	3.2%		
その他	5	4.0%	1	2.6%

6) 自殺に用いた医薬品の種類(表 24)

対象者が自殺に用いた医薬品の種類に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表24: 自殺に用いた医薬品の種類 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	105	100.0%	27	100.0%
向精神薬(精神科治療薬)	93	88.6%	23	85.2%
鎮痛解熱薬	8	7.6%	3	11.1%
その他	4	3.8%	1	3.7%

7) 自殺行動の発見者に関する比較(表 25)

自殺行動の発見者に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表25: 自殺行動の発見者 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
同居者・同居家族	74	59.2%	18	46.2%
同居しない家族	19	15.2%	7	17.9%
通行人	10	8.0%	1	2.6%
その他	22	17.6%	13	33.3%

8) 自殺行動の発見者に関する比較(表 26)

自殺行動の発見者に関しては、本調査と予備調査とのあいだで有意差が認められ($P=0.025$)、本調査では予備調査に比べて、同居者・同居家族の割合が少なく、その他の割合が多かった。

表26: 自殺行動の通報者 ($P=0.025$)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	114	100.0%	39	100.0%
本人	14	11.2%	6	15.4%
同居者・同居家族	79	63.2%	18	46.2%
同居しない家族	11	8.8%	4	10.3%
通行人	11	8.8%	1	2.6%
その他	10	8.0%	10	25.6%

9) 救急医療機関への付き添いの有無に関する比較(表 27)

救急医療機関への付き添いに関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表27: 救急医療機関への付き添いの有無 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
なし	16	12.8%	5	12.8%
あり	109	87.2%	33	84.6%
不明			1	2.6%

10) 付き添い者の種類に関する比較(表 28)

付き添い者の種類に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められ($P=0.002$)、本調査では予備調査に比べて、配偶者・同居者の割合が少なく、その他の割合が多かった。

表28: 付き添い者の種類 (P=0.002)

	予備調査 N=109		本調査 N=34	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	109	100.0%	34	100.0%
同居する親・子・きょうだい	43	39.4%	17	50.0%
配偶者・同居者	52	47.7%	5	14.7%
同居しない親・子・きょうだい	8	7.3%	4	11.8%
その他	6	5.5%	6	17.6%
通行人	0	0.0%	1	2.9%
不明	0	0.0%	1	2.9%

11) 精神科治療歴に関する比較(表 29)

対象者の精神科治療歴に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表29: 対象者の精神科治療歴の有無 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
なし	34	27.2%	7	17.9%
あり	91	72.8%	32	82.1%

12) 対象者の精神科診断の内訳に関する比較(表 30)

対象者の精神科診断の内訳に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表30: 対象者の精神科診断の内訳 (N.S.)

	予備調査 N=91		本調査 N=32	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	91	100.0%	32	100.0%
うつ病性障害	41	45.1%	14	43.8%
統合失調症	7	7.7%	5	15.6%
不安障害	5	5.5%	1	3.2%
双極性障害	4	4.4%	1	3.2%
パーソナリティ障害	3	3.3%	1	3.2%
睡眠障害	2	2.2%	1	3.2%
適応障害	2	2.2%	1	3.2%
広汎性発達障害	2	2.2%	1	3.2%
その他の精神障害	2	2.2%	2	6.3%
解離性障害	1	1.1%	1	3.2%
物質使用障害(アルコール依存)	1	1.1%	0	0.0%
治療歴あるも診断名不明	21	23.1%	4	12.5%

13) 救急医療機関搬送後の希死念慮に関する比較(表 31)

救急医療機関搬送後の希死念慮に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表31: 救急医療機関搬送後における希死念慮の有無 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
なし	53	42.4%	17	43.6%
あり	41	32.8%	16	41.0%
不明	31	24.8%	6	15.4%

14) 救急医療機関搬送後の自殺の計画に関する比較(表 32)

救急医療機関搬送後の自殺の計画に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表32: 救急医療機関搬送後における自殺の計画 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
なし	82	65.6%	23	59.0%
あり	12	9.6%	2	5.1%
不明	31	24.8%	14	35.9%

15) 救急医療機関における「自殺しない約束」への反応に関する比較(表 33)

救急医療機関搬送後における、自殺しない約束への反応に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められなかった。

表33: 救急医療機関における「自殺しない約束」への反応 (N.S.)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
約束しない	26	20.8%	2	5.1%
約束する	71	56.8%	29	74.4%
不明	28	22.4%	8	20.5%

16) 退院後の精神科フォローアップに関する比較(表 34)

退院後の精神科フォローアップ(継続支援)に関する比較では、本調査と予備調査とのあいだに有意差が認められ($P=0.001$)、本調査では、それまでの通院先に通院指示および調査実施施設精神科への通院、精神科入院となった者の割合が多かった。また、退院後の精神科フォローアップの指示に関して、不明という回答の割合が低かった。

表34: 退院後の精神科フォローアップ ($P=0.001$)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
それまでの通院先に通院指示	50	40.0%	21	53.8%
調査実施施設精神科への通院	6	4.8%	5	12.8%
精神科入院	3	2.4%	5	12.8%
精神科フォロー不要	3	2.4%	1	2.6%
その他	9	7.2%	4	10.3%
不明	54	43.2%	3	7.7%

17) 退院後の家族・パートナー等との同居状況に関する比較(表 35)

退院後の家族・パートナー等との同居状況に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められ($P<0.001$)、本調査では予備調査に比べて、退院後に独居の者の割合が高くなり、不明の割合が低くなっていた。

表35: 退院後の家族・パートナー等との同居状況 (P<0.001)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
独居	5	4.0%	10	25.6%
同居	59	47.2%	14	35.9%
その他	0	0.0%	0	0.0%
不明	61	48.8%	15	38.5%

18) 救急医療機関における高リスク判定に関する比較(表 36)

救急医療機関における高リスク判定に関して、本調査と予備調査とのあいだで有意差は認められ(P=0.035)、本調査では予備調査に比べて、高リスク判定ありの割合が高くなり、判定不能の割合が低くなっていた。

表36: 救急医療機関における高リスク判定 (P=0.035)

	予備調査 N=125		本調査 N=39	
	(人数)	(割合)	(人数)	(割合)
[総計]	125	100.0%	39	100.0%
なし	26	20.8%	11	28.2%
あり	52	41.6%	23	59.0%
判定不能	31	24.8%	4	10.3%
不明	16	12.8%	1	2.6%

3. 新規に調査項目を追加した 17 事例の検討(表 37)

表 37 に、平成 26 年 1 月以降に調査実施施設に搬送された自殺未遂者 17 事例に関する情報を一覧にして示す。

この 17 事例のうち、15 名(88.2%)は女性であり、世代構成としては、青少年(30 歳未満)が 7 名(41.2%)、中高年(30 歳～64 歳)が 8 名(47.1%)、高齢者(65 歳以上)が 2 名(11.8%)と、大半は青少年・中高年といった生産人口の年代であった。こうした人口動態的な特徴は、すでに述べた本調査全体の対象と一致するものである。また、この 17 事例のうち、14 事例(82.4%)が用いた自殺の手段・方法は医薬品の過量服薬であった。12 事例(70.6%)は精神科治療歴を持っていて、判明した精神科診断名で最も多いのは、うつ病性障害であった。この特徴もまた、本調査の対象と一致するものといえるであろう。

このような特徴を持つ 17 事例において、新規に追加された項目の結果は以下のようであった。まず、職業については、無職が 10 名(58.8%)で最も多く、次いで

被雇用者・勤め人が 5 名 (29.4%) であった。続いて、自殺の原因・動機については、家庭問題が 5 名 (29.4%) で最も多く、次いで男女問題が 3 名 (17.6%)、以下、健康問題・勤務問題・その他が 2 名 (11.8%)、経済・生活問題が 1 名 (5.9%) であった。自立支援医療等の受給状況については、何も受給していない、もしくは不明の者が 7 名ずつ (41.2%) と多く、続いて、精神障害者手帳を所有している者が 2 名 (11.8%) であった。

さらに、自殺未遂歴については、過去に未遂歴を持つ者が 11 名 (64.7%) もいた。この 11 名のうち、救急医療機関に搬送された後にも希死念慮や自殺の計画が持続していることが判明した者、もしくは、医療スタッフとのあいだにおける自殺しない約束に応じずに拒否した者は、4 名 (23.5%: 表のグレー網掛け事例) であった。この 4 名への対応としては、2 名が精神科への入院と通院中の精神科へ受診指示がなされていたが、残る 2 名はかかりつけ内科に受診指示および警察保護であった。また、救急医療機関退院後の生活状況としては、3 名が「独居」であり、1 名が「不明」という結果であった。

表37:自殺未遂者39事例の精神科治療歴と精神科診断名、ならびに救急医療機関における評価と対応

事例 番号	性別	世代	自殺企図の 手段・方法	精神科治療歴	精神科診断名	職業	救急医療機関における評価と対応					退院後の独居	
							自殺の原因・動機	自殺 未遂歴	自殺念慮 の継続	再企図の 計画	「自殺しない 約束」 拒否		退院後の精神科治療
1	女性	高齢者	医薬品服薬	×		無職	健康問題	×	○	不明	○	調査実施医療機関の精神科への受診指示	不明
2	女性	中高年	医薬品服薬	○	統合失調症	無職	不明	○	不明	不明	×	現在の通院先への通院指示	×
3	女性	青少年	医薬品服薬	○	広汎性発達障害	無職	家庭問題	○	×	×	×	現在の通院先への通院指示	不明
4	女性	青少年	医薬品服薬	○	統合失調症	被雇用者・勤め人	男女問題	○	○	不明	×	精神科入院	不明
5	男性	中高年	一酸化炭素	○	うつ病性障害	自営業者・家族従業者	健康問題	○	×	不明	不明	現在の通院先への通院指示	不明
6	女性	中高年	医薬品服薬	×	うつ病性障害	無職	家庭問題	×	不明	不明	×	その他	不明
7	女性	青少年	医薬品服薬	○	うつ病性障害	無職	男女問題	○	×	×	×	現在の通院先への通院指示	不明
8	女性	中高年	医薬品服薬	×		無職	経済生活問題	○	×	×	×	精神科入院	○
9	女性	青少年	医薬品服薬	○		学生・生徒等	その他	○	×	不明	×	現在の通院先への通院指示	×
10	女性	中高年	医薬品服薬	×	統合失調症	無職	家庭問題	×	○	不明	×	調査実施医療機関の精神科への受診指示	×
11	女性	青少年	医薬品服薬	○	うつ病性障害	被雇用者・勤め人	男女問題	○	○	不明	×	現在の通院先への通院指示	○
12	女性	青少年	医薬品服薬	○	解離性障害	被雇用者・勤め人	その他	○	×	不明	×	精神科フォロー不要	○
13	女性	青少年	医薬品服薬	○	その他の精神障害	無職	家庭問題	×	○	×	×	かかりつけ内科に受診指示	×
14	男性	高齢者	頸・腹部刺傷	×		被雇用者・勤め人	勤務問題	○	○	×	×	かかりつけ内科に受診指示	○
15	女性	中高年	医薬品服薬	○	うつ病性障害	被雇用者・勤め人	勤務問題	○	×	不明	×	不明	○
16	女性	中高年	劇毒物服用 (危険ドラッグ)	○	うつ病性障害	無職	家庭問題	○	○	×	×	警察に保護	○
17	女性	中高年	医薬品服薬	○	うつ病性障害	無職	不明	×	不明	不明	不明	精神科入院	○

○=あり(該当), ×=なし(該当せず)

IV. 考察

1. 本調査から得られた知見と中央区における自殺対策事業の効果

本調査により明らかにされた中央区における自殺未遂者の特徴は、予備調査と概ね一致する特徴を示していた。具体的には、自殺未遂者の多くは女性であり、精神科治療歴を持つ者が多く、自殺の手段・方法として最も多いのは医薬品（向精神薬）の過量摂取であった。救命救急センターと意見交換を重ねる中で、原因や未遂歴等についても聞き取りが行われるようになったが、そこからは、家庭問題や男女問題を抱え、自殺未遂を繰り返している現状が明らかになった。同様に、新規追加項目の一つである職業からは、半数以上が無職であることが分かり、問題を抱えたまま働くことができず、支援が必要であることが再確認された。また、自殺未遂の発見や通報、あるいは救急医療機関への同行・付き添いには、多くの場合、同居する家族がかかわっており、自殺対策協議会で、平成 26 年度に作成した家族支援リーフレットの活用が期待されるところである。さらに、予備調査と同様に、自殺未遂者の 4 割前後の者は、救急医療機関搬送後も、希死念慮や自殺の計画が持続していたり、自殺しない約束に応じない者が認められた。

これらの結果は、中央区の自殺対策として、精神科通院患者の過量服薬防止策や自殺未遂者家族への支援、ならびに救急医療機関を退院した自殺未遂者の再企图防止策が引き続き重要な課題であることを示唆している。

しかしその一方で本調査には、5 つの点で予備調査とは異なる特徴が見られた。第 1 に、本調査では、自殺未遂者における女性の比率が高くなっていたことである。第 2 に、救急隊の通報や救命救急センターへの付き添い者が、同居家族や同居人よりもその他（友人、恋人、知人といった関係性の人）が多くなっていることである。第 3 に、退院後の生活様態として、独居の者が増えていることである。第 4 に、自殺に用いた手段・方法における医薬品の過量服薬の割合が少なくなったことである。そして最後に、本調査では、救急医療機関における高リスク判定の該当者の割合が増加し、判定不能とされた者が減少したこと、および、退院後の精神科フォローアップに関して、精神科通院・入院の指示が多くなり、不明の割合が少なくなったことである。

最初の 3 つの相違点については、中央区在住者における自殺未遂者層の変化を反映している可能性がある。中央区では、平成 25 年における自殺死亡者数は男女がほぼ同数（男性 11 人、女性 10 人）という、全国的に見てもきわめてめずらしい性構成となっているが、今回の調査結果は、こうした自殺既遂者の動向がそのまま自殺未遂者にも反映されたことによる可能性がある。さらに、同居家族・同居者よりも友人・恋人・

知人などを含む「その他」の人が通報、病院への付き添いをするが多くなり、退院後の独居者が増えているという事実からは、単身生活をする未婚ないしは離婚・別居した女性の姿が推測される。実際、平成 26 年 1 月以降に救急搬送された 17 事例の検討においても、中央区における自殺未遂者の典型像として、「家庭問題や男女問題で悩み、精神科治療中で治療薬の過量服薬を繰り返す、20～50 代の女性」の姿が浮かび上がる結果が得られている。その意味では、今回の調査結果は、平成 25 年における中央区の自殺死亡率は、それまでの 26～27(10 万人対)から一気に 16.2(10 万人対)に激減しているが、こうした自殺死亡率の減少はあくまでも男性の自殺が減少したことに依拠するものであり、女性の自殺予防という点では課題が残されていることを示唆しているのかもしれない。

一方、最後の 2 つの相違点については、中央区が予備調査の結果を受けて展開してきた自殺対策の成果が反映された可能性がある。まず、過量服薬の割合が低下した背景には、過量服薬防止の取り組みの一環として、調剤薬局を対象とした調査を実施し、薬剤師会の地区研修会の中で、その結果を共有し、薬剤師自身がゲートキーパーとしての役割を再認識したことが挙げられる。また、救急医療機関における高リスク判定者の増加と判定不能者の減少、ならびに退院後の精神科通院・入院の増加と不明の減少は、中央区が調査実施施設である救命救急センター及び精神科スタッフと自殺未遂者ケアの具体的なあり方に関する意見交換を重ねたことが影響している可能性がある。それはたとえば、救急スタッフの自殺リスクに対する感受性が高まるとともに評価技術が向上したり、同病院救命救急センターと精神科との連携がいつそう緊密化し、病院スタッフが自殺未遂者の退院後の「つなぎ」を強く意識して対応するようになったこと等である。

ただし、救急医療機関退院後の対応が、ともすれば精神科へのつなぎに終始していないかどうか、慎重に検討する必要もあるであろう。ここで思い起こす必要があるのは、中央区の自殺未遂者の多くが、精神科治療中であるにもかかわらず、自殺に及んでいるという事実である。このことは、精神科治療だけでは解決ができない困難・問題があったからこそ、今回自殺未遂につながった事例も少なくない可能性を示唆する。特に平成 26 年以降の自殺未遂者 17 事例には、健康問題よりも、家庭問題や男女問題を抱えている女性が多く含まれており、これらは医学的治療では解決しがたい問題である。その意味では、再企图防止という観点からは、精神科治療に加えて、何らかの非医療的支援の提供を検討する必要があるかもしれない。

こうした非医療的な支援のなかには、受療支援や背景にある問題解決を図るために、相談機関から手を差し伸べるような積極的できめ細やかな支援を考慮する必要もある。平成 26 年以降の自殺未遂者 17 事例には、過去に未遂歴を持つ者が 11 名(64.7%)も含まれていたが、この 11 名のうち、救急医療機関に搬送された後にも希死念慮や自殺の計画が持続している者、あるいは、医療スタッフとの自殺しない約束に

応じなかった者が4名存在した。この4名は、切迫した自殺の危険因子といえる要因を複数持っていることから、きわめて再企図リスクの高い患者といえる²⁾。しかも、そのうちの3名が退院後に独居生活を余儀なくされている、という事実は深刻である。こうした自殺未遂者に対してどのような支援を提供するのかは、今後の重要な課題となろう。

2. 本調査から見てくる中央区の自殺未遂者対策の課題と提言

今回の調査から、予備調査を踏まえた中央区自殺対策協議会の様々な活動が一定の成果を上げている可能性が示唆されたが、他方で、今後の課題についても明らかにされたと考えられる。中央区の自殺未遂者への支援としては、主に次の3点にまとめることができるであろう。

(1) 適切な精神科治療を支える療養環境づくりを推進

精神科受診が単に自殺の手段・方法へのアクセスを高めることになってしまわないように、過量服薬や向精神薬乱用を防ぐことに資する関わりが必要である。すでに中央区では、調剤薬局を対象とした調査等、薬剤師がゲートキーパーとして、その専門性を発揮できるような取り組みが始められている。今回の調査で確認されたように、その取り組みは一定の成果を上げているが、区内の精神科治療を支える関係機関が、共通の認識・目標を持ち、これをいっそう推進していく必要がある。

(2) 自殺を考える女性たちを救えるような支援の展開

一般に男性の自殺死亡率は景気や雇用などの社会経済的要因に大きく影響されるのに対して、女性の自殺死亡率はこうした社会経済的要因の影響を受けにくく、むしろ精神障害の要因、あるいは恋愛や結婚、夫婦間の問題、子育て、介護といった要因による影響が大きいといわれている。本調査でも、中央区における自殺未遂者の典型像として、「家庭問題や男女問題に悩む 20～50 代の女性」、「单身生活をする女性、おそらくは未婚、もしくは離婚・別居する女性」といった姿が浮き彫りにされている。これまでわが国の自殺対策はもっぱら「働きざかりの男性」に焦点を当てたものであり、女性の自殺対策に関する知見・経験はきわめて限定されているが、今後、早急に中央区における「女性の生きづらさ」に関する情報収集を進めたうえで、追いつめられた女性たちに届く支援を展開していくことが求められるであろう。

(3) 地域支援を担う関係機関の連携強化

再企図の危険性がことに高い自殺未遂者に対して、精神科通院に加えた何らかの支援を提供することも考慮すべきである。Fleischmannらの研究では、自殺未遂者に対

して、年 3 回程度のアフターケアを行った群は、何もケアしなかった群に比べて、1 年半後の自殺既遂による死亡率を下げることを明らかにしている⁴⁾。また Kawanishi らの研究でも、自殺未遂者に対して、ソーシャルワーカーや心理士による退院後の療養支援や生活の調整といった、非精神医学的な支援を付加することが、半年以内の再企図を有意に減少させることを明らかにしている³⁾。平成 26 年 7 月より、東京都が、救急医療機関等に搬送された自殺未遂者を適切な支援先に繋ぐ「東京都こころといのちのサポートネット」を開設した。地域支援の重要性が高まる中、社会資源を開発し、それを担う関係機関が連携を強化していくことが大切である。再企図の危険性が高い自殺未遂者、たとえば、自殺未遂歴があるうえに、今回の自殺未遂後も希死念慮などが継続し、しかも退院後に独居生活を余儀なくされている事例に対して、何らかのきめ細やかな支援が提供されることを検討すべきであろう。

3. 本調査の制約

最後に本調査の制約を述べる。本調査には、いくつかの制約があるが、なかでも主要なものは以下の 2 点である。第一に、本調査は中央区内にある単一の救急医療機関に搬送された自殺未遂者を対象としており、区内の他の救急医療機関や区外の救急医療機関に搬送された者は含まれていない。したがって、本調査の結果をもって、ただちに中央区民の自殺の実態と断定することには慎重でなければならない。第二に、本調査は、情報源を調査実施施設の診療録としており、その情報は様々な医療関係者が個々の価値観や判断基準に従って記載されたものと考えなければならない。

以上の制約があるにもかかわらず、本調査は中央区の自殺対策の成果と課題を明らかにし、平成 27 年度以降の自殺対策のあり方に関していくつかの示唆をもたらしたという点で、重要な意義がある。

V. 結論

中央区では、平成 24 年度に行った予備調査の結果を受けて様々な自殺対策事業を展開しているが、本調査では、区内在住の自殺未遂者の特徴を明らかにし、中央区における自殺対策の取り組みが、どのような成果をもたらしているのかを検討した。その結果、中央区における自殺未遂者は、予備調査の時期に比べて 20～50 代の女性が増加しており、今後、適切な精神科治療を支える療養環境づくりの推進、自殺を考える女性たちを救えるような支援を展開する必要があることが示唆された。また、救急

医療機関スタッフの評価・対応に関する技術向上を示唆する結果が得られ、これは、中央区における自殺対策の取り組みが一定の成果をもたらした可能性を支持するものと考えられた。しかしその一方で、再び自殺をしてしまう危険性の高い自殺未遂者に対する地域支援について課題が残されていることも明らかにされた。

文献

- 1) Harris, E.C., Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 170: 205-228.
- 2) Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K. (2008) Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene: Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ. Health. Prev. Med.*, 13:243-256.
- 3) Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., et al. (2014) 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). *Lancet Psychiatry*, 1: 193–201.
- 4) Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., et al. (2008) Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull. World. Health. Organ.*, 86: 703-709.

中央区自殺未遂者実態調査の概要および今後の方向性

＜目的＞

自殺未遂者は自殺のリスクが高いことが知られており、自殺未遂者調査によって本区の自殺対策の方向性を考える基礎資料とする。

＜対象＞

平成25年4月～平成26年12月の間に区内医療機関救命救急センターに来院した自殺未遂患者で居住地が中央区内である39事例について分析した。

＜事例の特徴＞

- ・ 20～50代の「単身女性」
- ・ 「精神科治療歴」
- ・ 「医薬品（向精神薬）過量摂取」
- ・ 「無職」
- ・ 「自殺未遂歴」が過去に存在
- ・ 「家庭問題」「男女問題」が自殺動機
- ・ 「自殺企図」の継続

＜調査の結果（課題）＞

- ・ 適切な精神科治療を支える療養環境づくりの推進
- ・ 生きづらい女性たちの孤立化を防ぐような支援
- ・ 退院後の生活を支えられる地域支援

今後の自殺対策の方向性

つないで見守れる体制

『ネットワーク構築』

『ハイリスキな集団への包括的な支援』

気づける環境

『普及啓発』・『人材育成』

区民の命を守るため全庁・地域を挙げての取り組みを推進

今後の取り組み方針

- 東京都の自殺対策強化月間に合わせて、広く普及啓発を行う。
- 地域・職域・学校等において、気づける人材の育成に努める。
- 治療を支える環境を整備する。
- 地域支援を担う関係機関の連携を強化する。