

自殺予防いのちの電話フリーダイヤルによる 電話相談利用者の特徴

カツマタ ヨウ タ ロウ オイカワ キ ク オ モリノ ヨシ オ ホリイ シゲ オ
勝又 陽太郎*1 及川 紀久雄*2 森野 嘉郎*3 堀井 茂男*4

目的 本研究では、日本いのちの電話連盟が実施している自殺予防いのちの電話フリーダイヤルによる電話相談（自殺予防フリーダイヤル）の相談記録の分析をもとに、当該電話相談を利用する自殺ハイリスク者の心理社会的特徴を探索的に明らかにするとともに、自殺予防対策における電話相談のあり方について考察を行った。

方法 一般社団法人日本いのちの電話連盟が実施している自殺予防フリーダイヤルの相談電話記録のうち、2015年の1年間に受信した計30,387件の相談電話の記録データを分析し、自殺予防フリーダイヤルの利用者の人口動態学的特徴、利用者が抱える心身の問題、および相談の内容について全体的な特徴の把握を行うとともに、電話受信時の自殺傾向の有無や自殺未遂歴の有無とその他の評価項目との関連性について検討を行った。

結果 利用者の性別は女性に比べて男性の割合がやや高く、推測年齢層では40代の割合が最も高かった。ただし、受信時の自殺傾向との関連では、女性の方が男性に比べて強く、推測年齢層では50代が最も高いオッズ比を示していた。利用者の生活形態は独居と同居がほぼ同程度の割合であったが、同居よりも独居の方が自殺傾向との関連は強く、職業については無職者が全体の半数以上を占め、受信時の自殺傾向との関連も相対的に強かった。さらに、身体疾患の既往歴がある者は利用者全体の19.1%、同様に精神疾患の既往歴がある者は全体の45.7%、自殺未遂歴は全体の9.7%に認められ、いずれも電話受信時の自殺傾向と有意に関連していた。相談内容分類では、人生と精神がいずれも25%程度と最も割合が高く、電話受信時の自殺傾向との関連も相対的に強かった。

考察 自殺予防フリーダイヤルによる相談電話形態は、男性や経済基盤が安定していない利用者、自殺ハイリスク者の相談へのつながりやすさを促進するといった面で、重要な機能を有している可能性が示唆された。また、自殺予防フリーダイヤルの啓発のあり方や対応する相談員のトレーニングの内容について、課題と今後の方向性について示唆が得られた。

キーワード 自殺予防フリーダイヤル、自殺、自殺未遂、精神疾患、電話相談

I はじめに

わが国の自殺者数は、1998年に初めて3万人を超え、大きな社会問題とされてきた。2006年に自殺対策基本法が成立し、国を挙げての自殺

対策が進められた結果、2012年には年間自殺者数が3万人を下回り、それ以降2015年まで4年連続で減少傾向が続いている¹⁾。しかしながら、わが国は1998年の急増前から他国に比べて自殺死亡率が高い国であり、近年自殺が減ったとは

*1 新潟県立大学人間生活学部子ども学科講師 *2 一般社団法人日本いのちの電話連盟理事

*3 同常務理事（事務局長） *4 同理事長

いえ、以前の状態に戻ったに過ぎないとの見方もできる。また、若年層の自殺死亡率は、むしろ増加傾向が認められる¹⁾。こうした中、2016年3月には自殺対策基本法が一部改正され、従来の自殺対策をより一層充実・発展させていく必要があるとの認識が示された。

自殺の危険因子の中でも自殺念慮や自殺企図歴は最も重要な要因であり、こうした要因を抱える自殺ハイリスク者への支援方法の一つとして電話相談がある。近年、わが国でも自殺予防を目的とした電話相談の取り組みは数多く実施されているが、その中でも長年にわたって中心的な役割を担ってきたのが、いのちの電話である。1953年に英国ロンドンで自殺予防を目的とした電話相談「サマリタンズ」が始まって以降、同様の活動は世界各国で広まり、日本でも1971年にボランティア相談員による電話相談が東京で開始された。その後、日本各地にいのちの電話の相談センターが開設される中、1977年にはボランティアによる市民活動を全国に展開するための中心的組織として「日本いのちの電話連盟」が結成された。2016年4月現在、49の加盟センターが活動しており、その活動はわが国全体に広がっている。

電話相談と自殺死亡率との関係について、すでに海外の研究では、電話相談が存在する地域とそうでない地域とで自殺死亡率を比較するといったエコロジカルな研究手法を用いた効果の検証や²⁾³⁾、実際に電話相談を利用した者を対象とした効果研究もいくつか実施されており、電話相談の利用による希死念慮 (intent to die)、絶望感 (hopelessness)、あるいは精神的苦痛 (psychological pain) といった指標の改善が報告されている⁴⁾⁵⁾。さらには、近年の海外での研究を見ても、たとえば頻回電話相談利用者とそうでない者との比較に関するメタ分析の結果が報告されるなど⁶⁾、電話相談利用者の心理社会的特徴に関する検討も積極的に進められている。

同様の研究はわが国でも報告がなされており、中でもいのちの電話の利用者の特徴に関する検討が最も多く行われている⁷⁾⁻⁹⁾。しかしながら、

自殺予防対策の一環として日本いのちの電話連盟が厚生労働省の補助事業として毎月10日に実施しているフリーダイヤルによる電話相談「自殺予防いのちの電話フリーダイヤル」(以下、自殺予防フリーダイヤル)の利用者の特徴については、これまでのところ学術的な検討が行われていない。

そこで、本研究では、わが国の自殺予防対策の中で重要な役割を担っているいのちの電話の保持する自殺予防フリーダイヤルの相談記録の分析をもとに、電話相談を利用する自殺ハイリスク者の心理社会的特徴を探索的に明らかにするとともに、自殺予防対策における電話相談のあり方について考察を行った。

Ⅱ 研究方法

(1) 研究対象

本研究では、一般社団法人日本いのちの電話連盟が毎月10日(10日の午前8時~11日の午前8時までの24時間)に実施している自殺予防フリーダイヤルの記録のうち、2015年の1年間に受信した計30,387件の相談電話の記録を研究対象とした。

各相談の内容は電話を受けた相談員によって共通のチェック項目と自由記述を併用した紙ベースの記録カードに記録され、各いのちの電話のセンター事務局にて保管されている。この記録カードのチェック項目部分はすべてコード化され、日本いのちの電話連盟事務局において連結不可能匿名化された電子データベースが作成されている。本研究では、この連結不可能匿名化された電子データベースのうち、2015年に受信した30,387件の相談電話に関するデータを用いて研究を行うこととした。なお、30,387件という相談件数には、同一人物による電話が複数回計上されている可能性があるが、自殺予防フリーダイヤルの相談はすべて匿名で実施され、個人の特定ができないため、本研究ではすべて独立した相談電話として扱うこととした。

(2) 分析で用いた評価項目

本研究では、日本ののちの電話連盟においてデータベース化された2015年の自殺予防フリーダイヤルの電話利用者の情報のうち、①性別、②推測年齢層(20代以下, 30代, 40代, 50代, 60代以上, 不明)、③電話の発信地域(北海道, 東北, 関東, 中部, 近畿, 中国, 四国, 九州・沖縄, 不明)、④発信電話の種別(固定電話もしくは携帯電話)、⑤生活形態(独居, 同居, 不明)、⑥職業(児童・生徒・学生, 有職者, 無職者, 不明)の6項目を、利用者の人口動態学的特徴を表す評価項目として分析に用いた。また、①身体疾患の既往、②精神疾患の既往、③自殺未遂歴、④電話受信時の自殺傾向、⑤相談内容分類(人生, 思想・人権, 職業, 経済, 家族, 夫婦, 教育, 対人, 男女, 身体, 精神, 情報, その他)の5項目を利用者の心身の問題や相談内容の特徴を表す評価項目として分析に用いることとした。なお、電話利用者の身体疾患および精神疾患の既往については、「なし」「疑あり」「歴あり」「治療中」「不明」の5つの選択肢の中から相談員がいずれか1つを選択して記録カードにチェックすることになっているが、自殺行動との関連性を検討する際には、相談の中で語られた明確な身体疾患や精神疾患の既往の有無をデータとして用いることを目的として、「歴あり」および「治療中」の2つの選択肢にチェックがなされた場合を「身体疾患あり」もしくは「精神疾患あり」、「なし」「疑あり」および「不明」の3つの選択肢にチェックがなされた場合を「身体疾患なし」あるいは「精神疾患なし」として、それぞれ2値データに変換して利用することとした。また、利用者の自殺未遂歴に関する情報については、「なし」「あり」「不明」の3つの選択肢の中から相談員がいずれか1つを選択して記録カードにチェックすることになっているが、自殺未遂歴の有無を従属変数とした分析を行う際には、相談の中で語られた明確な自殺未遂歴をデータ化する目的で、上記3つの選択肢のうち「あり」にチェックされた場合のみを「自殺未遂歴あり」とし、「なし」および「不明」にチェック

された場合は「自殺未遂歴なし」として分析を行った。さらに、電話受信時の利用者の自殺傾向は、「なし」「念慮」「危険」「予告・通告」「実行中」「不明」の6つの選択肢の中から、電話を受けた相談員がいずれか1つを選択して記録カードにチェックを行っているが、自殺傾向の有無を変数化して分析を行う際には、先行研究⁸⁾と同様に、「不明」を除く5つの選択肢のうち、「なし」以外の4つの選択肢にチェックがなされていた場合を「自殺傾向あり」として分析を行った。

(3) 統計解析

本研究ではまず、30,387件のすべてのデータを対象として上記評価項目ごとに相談件数の頻度を算出し、自殺予防フリーダイヤルの利用者の人口動態学的特徴、利用者が抱える心身の問題、および相談の内容について全体的な特徴の把握を行った。

次に、電話受信時の自殺傾向が不明であった5,519件のデータを除外した24,868件のデータを対象に、受信時の自殺傾向の有無を従属変数、その他の各評価項目を独立変数とした2変量のロジスティック回帰分析を行い、受信時の自殺傾向の有無とその他の評価項目との関連性について検討を行った。

さらに、受信時に自殺傾向を抱えていた利用者の自殺未遂歴と関連性の高い要因を探索し、電話受信時に自殺念慮を訴える者の中でも、よりリスクの高い利用者の特徴について検討を行う目的で、自殺未遂歴が不明であった10,695件のデータを除外した上で、電話受信時の自殺傾向が認められた4,960件のデータを対象に、自殺未遂歴の有無を従属変数、その他の各評価項目を独立変数とした2変量のロジスティック回帰分析を行った。統計学的有意水準は5%とした。

なお、上記統計解析は、すべてIBM SPSS Statistics 21.0 for Windowsを用いて行った。

(4) 倫理的配慮

本研究が分析対象とするデータはすでに連結

表1 利用者の人口動態学的要因 (N=30,387)

評価項目		N	%
性別	男	16 547	54.5
	女	13 840	45.5
推測年齢層	20代以下	3 313	10.9
	30代	5 613	18.5
	40代	8 118	26.7
	50代	6 584	21.7
	60代以上	3 518	11.6
	不明	3 241	10.7
	北海道	998	3.3
発信地域	東北	1 751	5.8
	関東	10 905	35.9
	中部	4 445	14.6
	近畿	5 324	17.5
	中国	2 437	8.0
	四国	1 684	5.5
	九州・沖縄	2 541	8.4
	不明	302	1.0
発信電話種別	固定電話	9 811	32.3
	携帯電話	20 576	67.7
生活形態	独居	10 923	35.9
	同居	12 373	40.7
	不明	7 091	23.3
職業	児童・生徒・学生	1 099	3.6
	有職者	7 158	23.6
	無職者	16 096	53.0
	不明	6 034	19.9

不可能匿名化され、個人情報を含むものではないものの、自殺予防フリーダイヤルの利用者に関する守秘性の高いデータであるため、筆頭著者が日本のこの電話連盟理事会の承認を得た上でデータの提供を受け、厳重なデータ管理のもとで分析が行われた。

III 結 果

表1に、本研究が対象とした30,387件の利用者における人口動態学的要因を整理して示した。自殺予防フリーダイヤルの利用者の性別は女性に比べて男性の割合がやや高く、推測年齢層では40代の割合が最も高かった。また、発信地域は関東地域が3割以上と最も多く、携帯電話による通話が全体の約7割を占めていた。利用者の生活形態は独居と同居がほぼ同程度の割合で、職業については無職者が全体の半数以上を占めていた。

表2には、30,387件の利用者が抱えていた心身の問題および相談内容について示した。身体疾患の既往歴ありと治療中の者を合わせると19.1%の者が身体疾患を有しており、同様に精

表2 利用者の心身の問題および相談内容 (N=30,387)

評価項目		N	%
身体疾患	なし	14 139	46.5
	疑いあり	1 240	4.1
	既往歴あり	864	2.8
	治療中	4 968	16.3
精神疾患	不明	9 176	30.2
	なし	6 417	21.1
	疑いあり	4 351	14.3
	既往歴あり	667	2.2
自殺未遂歴	治療中	13 217	43.5
	不明	5 735	18.9
	なし	16 740	55.1
	あり	2 952	9.7
受信時の自殺傾向	不明	10 695	35.2
	なし	17 038	56.1
	念慮	7 168	23.6
	危険	470	1.5
相談内容分類	予告・通告	162	0.5
	実行中	30	0.1
	不明	5 519	18.2
	人生	7 612	25.1
相談内容分類	思想・人権	207	0.7
	職業	1 563	5.1
	経済	766	2.5
	家族	2 869	9.4
	夫婦	871	2.9
	教育	234	0.8
	対人	2 582	8.5
	男女	1 094	3.6
	身体	1 831	6.0
	精神	7 676	25.3
	情報	410	1.3
	その他	2 672	8.8

神疾患の既往歴がある者と治療中の者を合わせた精神疾患を有する者の割合は全体の45.7%であった。また、自殺未遂歴は全体の9.7%に認められ、電話受信時に自殺傾向が認められた者（念慮なしと不明以外）は全体の25.7%であった。相談内容分類では、人生と精神がいずれも25%程度と最も割合が高く、他の選択肢に該当した利用者はいずれも10%に満たなかった。

続けて、全データから自殺傾向不明のデータを除外した24,868件のデータを抽出し、受信時の自殺傾向の有無とその他の評価項目との関連性について検討を行った結果を表3に示した。2変量のロジスティック回帰分析を用いて分析を行った結果、女性の方が男性に比べて受信時の自殺傾向との関連が強く、推測年齢層では50代が最も高いオッズ比を示していた。また、生活形態では同居よりも独居の方が自殺傾向との関連は強く、職業では無職者のオッズ比が最も高かった。さらに、身体疾患、精神疾患、自殺未遂歴はいずれも自殺傾向と有意に関連し、相

談内容分類では人生、思想・人権、精神のオッズ比の値が他のカテゴリと比較して顕著に高かった。

表4には、自殺未遂歴不明のデータを除外した上で、電話受信時の自殺傾向が認められた4,960件のデータを対象に、自殺未遂歴の有無とその他の各評価項目との関連性を検討した結果を示した。自殺未遂歴の有無を従属変数、その他の各評価項目を独立変数とした2変量のロジスティック回帰分析を行った結果、女性の方が男性に比べて自殺未遂歴との関連が有意に強く、推測年齢層では60代以上が最も低いオッズ比を示していた。また、

生活形態では独居よりも同居の方が自殺未遂歴との関連は強く、職業では有職者のオッズ比が最も低かった。さらに、身体疾患と精神疾患はいずれも自殺未遂歴と有意に関連し、相談内容分類では精神のオッズ比の値が最も高かった。

IV 考 察

本研究は、日本のいのちの電話連盟が実施している自殺予防フリーダイヤルの利用者の特徴について分析を行ったわが国初の研究である。この自殺予防フリーダイヤルは、いのちの電話が通常実施している電話相談（以下、通常電話相談）と、少なくとも次の4つの点で異なっている。すなわち、相談電話の名称に「自殺予防」

表3 受信時の自殺傾向の有無と各評価項目との関連 (N=24,868)

(単位 件)

評価項目		受信時の自殺傾向		B	オッズ比	95%信頼区間	
		なし(%)	あり(%)			下限	上限
性別	男(基準)	9 353(54.9)	3 834(49.0)	1	1	1	1
	女	7 685(45.1)	3 996(51.0)	0.238	1.268**	1.202	1.338
推測年齢層	20代以下(基準)	1 950(11.4)	848(10.8)	1	1	1	1
	30代	3 433(20.1)	1 316(16.8)	-0.126	0.881	0.795	0.977
	40代	4 694(27.6)	2 256(28.8)	0.100	1.105*	1.005	1.215
	50代	3 701(21.7)	1 910(24.4)	0.171	1.187**	1.076	1.309
	60代以上	2 120(12.4)	894(11.4)	-0.031	0.970	0.867	1.085
	不明	1 140(6.7)	606(7.7)	0.201	1.222**	1.076	1.388
発信電話種別	固定電話(基準)	5 603(32.9)	2 539(32.4)	1	1	1	1
	携帯電話	11 435(67.1)	5 291(67.6)	-0.021	1.021	0.964	1.081
生活形態	独居(基準)	6 354(37.3)	3 421(43.7)	1	1	1	1
	同居	7 389(43.4)	3 442(44.0)	-0.145	0.865**	0.816	0.917
職業	不明	3 295(19.3)	967(12.3)	-0.607	0.545**	0.502	0.592
	児童・生徒・学生(基準)	661(3.9)	297(3.8)	1	1	1	1
	有職者	4 778(28.0)	1 523(19.5)	-0.343	0.709**	0.611	0.823
	無職者	9 066(53.2)	5 138(65.6)	0.232	1.261**	1.095	1.452
身体疾患	なし(基準)	13 916(81.7)	5 889(75.2)	1	1	1	1
	あり	3 122(18.3)	1 941(24.8)	0.385	1.469**	1.378	1.567
精神疾患	なし(基準)	9 793(57.5)	3 070(39.2)	1	1	1	1
	あり	7 245(42.5)	4 760(60.8)	0.740	2.096**	1.984	2.213
自殺未遂歴	なし(基準)	13 621(79.9)	2 901(37.0)	1	1	1	1
	あり	732(4.3)	2 059(26.3)	2.581	13.207**	12.030	14.500
	不明	2 685(15.8)	2 870(36.7)	1.613	5.019**	4.698	5.362
相談内容分類	人生	3 859(22.6)	2 622(33.5)	2.190	8.936**	7.188	11.110
	思想・人権	105(0.6)	72(0.9)	2.199	9.019**	6.247	13.021
	職業	1 033(6.1)	307(3.9)	1.363	3.909**	3.052	5.005
	経済	465(2.7)	183(2.3)	1.644	5.176**	3.942	6.796
	家族	1 899(11.1)	611(7.8)	1.443	4.232**	3.360	5.330
	夫婦	570(3.3)	191(2.4)	1.483	4.407**	3.371	5.761
	教育	139(0.8)	63(0.8)	1.785	5.961**	4.136	8.591
	対人	1 773(10.4)	480(6.1)	1.270	3.561**	2.816	4.503
	男女	747(4.4)	188(2.4)	1.197	3.310**	2.538	4.317
	身体	1 111(6.5)	422(5.4)	1.609	4.996**	3.931	6.349
	精神	3 874(22.7)	2 571(32.8)	2.167	8.729**	7.021	10.852
情報	253(1.5)	28(0.4)	0.375	1.456	0.934	2.270	
その他(基準)	1 210(7.1)	92(1.2)	1	1	1	1	

注 太字は統計学的に有意であった項目 (**p<0.01, *p<0.05)

という言葉が付されていること、全国统一の電話番号が設定されていること、通話料が無料であること、月に1度の実施であることの4点である。以下では、上記4つの通常電話との相違点の影響を考慮に入れつつ、Ohtakiら⁸⁾が報告しているいのちの電話の通常電話相談利用者の特徴（以下、括弧内で「通常」と表記し、Ohtakiら⁸⁾の分析データを引用）と本研究での分析結果とを比較することで、本研究の対象となった自殺予防フリーダイヤルの持つ意味や自殺予防対策における役割について考察を行う。

(1) 自殺予防フリーダイヤルにおける利用者の特徴

本研究における分析の結果、自殺予防フリー

ダイヤル利用者の性別は、女性に比べて男性の方が多かった。通常電話相談においては、男性よりも女性の利用者の方が多い(通常男47.9%/女52.1%)ことが明らかにされていることから⁸⁾、自殺予防フリーダイヤルは通常電話相談に比べてより男性に利用されやすい相談形態である可能性が示唆された。一般的に自殺は女性よりも男性に多く認められる現象であるが、その背景要因の一つとして男性の相談へのつながりにくさの問題が指摘されている¹⁰⁾。その意味では、自殺予防フリーダイヤルの相談形態は、男性の相談へのつながりやすさを促進するといった面で自殺予防対策の文脈においても重要な機能を有している可能性がある。

次に、他の人口動態学的変数を比較してみると、自殺予防フリーダイヤルでは通常電話相談よりも20代以下の利用者の割合(通常17.0%)や同居者のいる利用者の割合(通常51.8%)、有職者の割合(通常30.2%)がやや低く、独居者の割合(通常30.8%)や無職者の割合(通常47.8%)がやや高いといった傾向が認められた。自殺予防フリーダイヤルにおいて、特に独居者や無職者の利用が多くなる背景には、通話料が無料であることによって、経済基盤が安定していない利用者層が相談しやすくなっているという可能性が示唆される。ただし、自殺予防フリーダイヤルによる電話の発信元地域は通常電

表4 受信時に自殺傾向が認められた利用者における自殺未遂経験の有無と各評価項目との関連 (N=4,960)

評価項目		自殺未遂歴		B	オッズ比	95%信頼区間	
		なし(%)	あり(%)			下限	上限
性別	男(基準)	1 516(52.3)	872(42.4)	1	1	1	1
	女	1 385(47.7)	1 187(57.6)	0.399	1.490**	1.330	1.670
推測年齢層	20代以下(基準)	288(9.9)	232(11.3)	1	1	1	1
	30代	506(17.4)	348(16.9)	-0.158	0.854	0.685	1.064
	40代	875(30.2)	646(31.4)	-0.087	0.916	0.750	1.120
	50代	740(25.5)	535(26.0)	-0.108	0.897	0.731	1.102
	60代以上	373(12.9)	176(8.5)	-0.535	0.586**	0.457	0.751
	不明	119(4.1)	122(5.9)	0.241	1.273	0.937	1.728
発信電話種別	固定電話(基準)	934(32.2)	655(31.8)	1	1	1	1
	携帯電話	1 967(67.8)	1 404(68.2)	0.018	1.018	0.902	1.149
生活形態	独居(基準)	1 389(47.9)	908(44.1)	1	1	1	1
	同居	1 311(45.2)	1 007(48.9)	0.161	1.175**	1.045	1.321
	不明	201(6.9)	144(7.0)	0.092	1.096	0.871	1.379
職業	児童・生徒・学生(基準)	99(3.4)	75(3.6)	1	1	1	1
	有職者	724(25.0)	299(14.5)	-0.607	0.545**	0.392	0.757
	無職者	1 908(65.8)	1 532(74.4)	0.058	1.060	0.779	1.441
	不明	170(5.9)	153(7.4)	0.172	1.188	0.820	1.722
身体疾患	なし(基準)	2 207(76.1)	1 404(68.2)	1	1	1	1
	あり	694(23.9)	655(31.8)	0.394	1.484**	1.308	1.683
精神疾患	なし(基準)	1 349(46.5)	417(20.3)	1	1	1	1
	あり	1 552(53.5)	1 642(79.7)	1.230	3.423**	3.006	3.897
相談内容分類	人生思想・人権	951(32.8)	632(30.7)	0.285	1.329	0.593	2.977
	職業	24(0.8)	17(0.8)	0.348	1.417	0.514	3.901
	経済	160(5.5)	35(1.7)	-0.827	0.438	0.182	1.055
	家族	83(2.9)	27(1.3)	-0.430	0.651	0.262	1.617
	夫婦	266(9.2)	150(7.3)	0.120	1.128	0.494	2.573
	教育	89(3.1)	49(2.4)	0.096	1.101	0.460	2.636
	対人	27(0.9)	9(0.4)	-0.405	0.667	0.222	2.002
	男女	222(7.7)	79(3.8)	-0.340	0.712	0.307	1.649
	身体	83(2.9)	50(2.4)	0.186	1.205	0.503	2.886
	精神	174(6.0)	102(5.0)	0.159	1.172	0.508	2.707
	情報	793(27.3)	891(43.3)	0.810	2.247**	1.004	5.031
	その他(基準)	11(0.4)	9(0.4)	0.492	1.636	0.498	5.379
	18(0.6)	9(0.4)	1	1	1	1	

注 太字は統計学的に有意であった項目 (**p<0.01, *p<0.05)

話相談と比較して九州・沖縄(通常17.6%)が極端に少なく、その分関東(通常24.6%)が多くなっていることから、電話利用地域の違いがそのまま生活形態等の違いに反映されている可能性も否めない。自殺予防フリーダイヤルが統一ダイヤルを利用したサービスである以上、人口の多い関東圏からの電話がつながる確率が高くなるのは必然ではあるが、その一方で九州・沖縄では自殺予防フリーダイヤルの情報自体が広く認知されていない可能性も考えられる。実際、自殺予防フリーダイヤルのポスターは公共交通機関の車内や駅などで多く目にするものの、多くの人が日常的に公共交通機関を利用する関東とは異なり、公共交通機関の利用者が少ない地方ではこうした情報が行き届きづらいといった側面もあるかもしれない。いずれにせよ、自

自殺予防フリーダイヤルの啓発のあり方については、想定されるターゲットに応じて今後さらなる検討が必要かもしれない。

相談内容分類では家族（通常13.0%）に分類された利用者の割合が通常電話相談に比べて自殺予防フリーダイヤルの方で低かった。先行研究⁹⁾によると、通常電話相談では、家族に関する相談内容は女性の方が男性よりも多いことが示されているが、本研究の対象となった自殺予防フリーダイヤルの利用者は女性よりも男性の方が多かったため、相談内容の分類については利用者の性差の影響が顕在化した可能性が考えられる。

さらに、身体疾患や精神疾患を抱えた利用者（既往歴ありと治療中の合計）に関しては、いずれも自殺予防フリーダイヤルの方がその割合が高く（通常身体疾患15.6%／精神疾患38.8%）、自殺傾向が認められる者や自殺未遂歴を有している者の割合に関しても自殺予防フリーダイヤルの方で高い割合が認められた（通常自殺傾向14.3%／自殺未遂歴6.0%）。これは、名称に「自殺予防」と付されていることによって、自殺予防フリーダイヤルの利用者に自殺ハイリスク者が数多くアクセスしやすくなった可能性が示唆される。ただし、自殺傾向と各評価項目との関連性に目を向けると（表3）、そのオッズ比は通常電話相談⁸⁾との間で大きな違いが認められず、自殺予防フリーダイヤルにおいて自殺傾向を呈する利用者の特徴については、通常電話相談の利用者と大きく異なっているとは必ずしも言えないと考えられた。

（2）自殺未遂経験者の特徴とその対応について

本研究では、相談電話受信時に自殺傾向が認められた利用者の自殺未遂歴の有無と関連する要因についても検討を行った。その結果、自殺未遂歴と性別との関連では男性に比べて女性のオッズ比が高く、推測年齢層では高齢層よりも若年層のオッズ比の方が高かった。また、自殺未遂歴と職業との関連では有職者よりも無職者でオッズ比が高く、身体疾患や精神疾患の既往は自殺未遂歴と有意に関連していた。こうした

自殺のリスクの高い利用者の特徴（女性、若年、無職、身体疾患、精神疾患）は、亀山ら¹¹⁾が指摘した「自立失敗型（精神科受診歴をもつ未婚女性を中心とした社会適応に困難を抱える一群）」の自殺既遂者の特徴と重なる部分が多い。もっとも、本研究では多変量解析による分析を行っていないため、各評価項目間の関連性は不明であり、したがって上記自立失敗型の特徴をすべて有している利用者がどの程度存在するかについては慎重な議論が必要であることは言うまでもない。しかし、亀山ら¹¹⁾が報告した自立失敗型の事例の多くは精神病性障害やパーソナリティ障害といった比較的重度の精神医学的問題を抱えており、自殺予防フリーダイヤルの利用者の中にも一定程度そうした特徴をもつ自殺ハイリスク者が存在している可能性は否定できない。上述の精神医学的問題の存在は、自殺リスクのアセスメント方法にも大きな影響を与えることが指摘されており¹²⁾、今後自殺予防フリーダイヤルに携わる相談員のトレーニングにおいても、その対応方法について学びを深める機会を準備することが必要であるといえよう。

（3）本研究の限界

本研究では1件の相談電話を1名の利用者と見なして分析を行ったため、同一人物による複数回の電話利用の実態を考慮することができず、結果の解釈には一定の限界がある。また、いのちの電話の通常電話相談以外の電話相談機関のデータとの比較も行っていないため、電話相談の利用者一般の中での位置づけについても検討がなされていない。さらに、本研究では自殺予防フリーダイヤルの相談業務の中で得られた相談員の主観的報告に基づくデータを用いており、調査を目的としたデータ収集を行っていないため、評価項目が限られてしまっている上に、妥当性・信頼性の確認された客観的な測定尺度による評価が行われていないといった問題点もある。今後の研究では、より精度の高いデータ収集方法を模索する必要がある。

謝辞

本論文で用いたデータは、2015年度厚生労働省補助事業によって毎月10日に実施された自殺予防フリーダイヤルによる自殺予防電話相談のデータに基づくものである。

本論文作成に当たり、種々ご助言をいただいた北窓隆子新潟県副知事、ならびに国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺総合対策推進センター本橋豊センター長に心より謝意を表します。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成28年版自殺対策白書. 2016. (<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/16/dl/1-01.pdf>) 2016.10.21.
- 2) Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers : a review. *Suicide and life-threatening behavior* 1997 ; 27(3) : 304-10.
- 3) Miller HL, Coombs DW, Leeper JD, et al. An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *American Journal of Public Health* 1984 ; 74(4) : 340-3.
- 4) Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, et al. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2 : Suicidal callers. *Suicide and life-threatening behavior* 2007 ; 37(3) : 338-52.
- 5) King R, Nurcombe B, Bickman L, et al. Telephone counselling for adolescent suicide prevention : changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide and life-threatening behavior* 2003 ; 33(4) : 400-11.
- 6) Middleton A, Gunn J, Bassilios B, et al. Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2014 ; 20(2) : 89-98.
- 7) Doki S, Kaneko H, Oi Y, et al. Risk Factors for Suicidal Ideation Among Telephone Crisis Hotline Callers in Japan. *Crisis* 2016. [Epub ahead of print]
- 8) Ohtaki Y, Oi Y, Doki S, et al. Characteristics of Telephone Crisis Hotline Callers with Suicidal Ideation in Japan. *Suicide and life-threatening behavior* 2016. [Epub ahead of print]
- 9) 勝又陽太郎, 村山美和, 及川紀久雄. いのちの電話利用者の心理社会的特徴と相談ニーズに関する考察. *精神医学* 2015 ; 58(12) : 1007-15.
- 10) Lester D, Gunn J, Quinnett P. *Suicide in men : How men differ from women in expressing their distress*. Illinois : Charles C Thomas Publisher, 2014.
- 11) 亀山晶子, 勝又陽太郎, 松本俊彦 他. 死亡時に無職であった自殺既遂者の類型分類 : 心理学的剖検による検討. *精神医学* 2012 ; 54(8) : 791-9.
- 12) Shea SC. *The practical art of suicide assessment : guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc, 2002. (松本俊彦(監訳)自殺リスクの理解と対応「死にたい」気持ちにどう向き合うか. 金剛出版, 2012)