

自殺対策における保健師のNPO等支援団体との協働方法

マルタニ ミキ オカダ ユ ミ コ ハセガワ タカシ
丸谷 美紀* 岡田由美子^{2*} 長谷川卓志^{3*}

目的 保健師の自殺対策に取り組むNPO等支援団体（以下、支援団体）との協働の方法を明らかにする。

方法 2012年12月から2013年10月の期間に、11の支援団体の代表者、および、その支援団体が存在する自治体で自殺対策を担当する保健師13人へ、半構造化面接を行った。調査内容は、自殺対策の活動全体、支援団体と保健師との協働の詳細、自殺対策の成果と課題等であった。支援団体と保健師それぞれの調査内容を質的帰納的に分析し、協働の方法に関してカテゴリをそれぞれ作成した。両者のカテゴリを突合し、同様の内容が読み取れるものを、協働の方法のコアカテゴリとした。

結果 協働の方法のコアカテゴリは、次の6つが得られた：1. 自殺の実態と相互の役割理解の元に活動基盤を整える、2. 相互の目的/特徴に即した啓発活動を展開する、3. 各自の活動や協働の場で遭遇したハイリスク者の健康と生活を補い合って支援する、4. 危機介入時に補い合って命を守り生活を再建する、5. 各自の活動や協働の場で遭遇・接近した遺族・未遂者の快復に寄り添う、6. 互いの結束や評価の元に活動を継続・拡大する。

結論 自殺対策において保健師の支援団体との協働の方法は次のことが明らかになった。支援団体の公民としての責任感を理解し、保健活動で蓄積した情報を共有し、ハイリスク者の健康の社会決定要因を改善するとともに基本的ニーズを満たし、活動基盤や事後の衝撃を支え合い、行政の対応能力・機敏性を意識的に高める。

Key words：自殺対策、協働、保健師、NPO

日本公衆衛生雑誌 2016; 63(1): 26-35. doi:10.11236/jph.63.1_26

I 緒 言

わが国の自殺者数は、1998年に急増後13年間継続して3万人を上回り喫緊の課題となった¹⁾。自殺の危険因子は多岐に渡り、若年者の家庭環境²⁾や自殺手段への曝露³⁾、成人の飲酒問題⁴⁾や経済的困窮⁵⁾、高齢者の抑うつ⁶⁾や喪失体験⁷⁾等、年代ごとに特徴的な要因が国内外で解明されている。一方、防御因子は、若年者の薬物や暴力からの保護⁸⁾、高齢者の集団への帰属⁹⁾、高いソーシャルキャピタル¹⁰⁾等、年代や地域全体に関係する要因が挙げられている。要因の解明とともに対策が推進され、職域における精神保健プログラムによる希死念慮等の改善¹¹⁾、地域での啓発活動による自殺率の改善¹²⁾等が報告されている。2014年には自殺者数は3万人を下

回ったものの、我国の自殺率は先進国の内でも群を抜いて高く、いまだ深刻な課題である¹³⁾。

行政で働く保健師の仕事は、公衆衛生看護を基本とする実践活動であり、すべての住民の健康維持・増進を援助している¹⁴⁾。保健師は、活動を通じて間接的・直接的に自殺対策に寄与している。たとえば新生児訪問指導で産後鬱に早期に介入すること¹⁵⁾や、介護予防教室等で高齢者の閉じこもりを予防すること¹⁶⁾により、間接的に自殺を予防している。また、自殺対策を担当する保健師は、啓発活動や相談事業等を関係機関とともに展開している¹⁷⁾。これらの保健師による自殺対策に関する実践報告は多数あるが記述にとどまっておらず、研究的に明らかにされたものは、地域職域連携¹⁸⁾や自死遺族自助グループにおける保健師の役割¹⁹⁾等、数少ない。

自殺対策では各種組織が連携し総合的に推進することが求められており、保健師も医療機関・教育機関・NPO等とともに、総合的に展開している。中でもNPO等支援団体（以下、支援団体）は、自殺対策基本法成立以前から自殺未遂者や自死遺族への

* 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻

^{2*} 城西国際大学看護学部

^{3*} 千葉県立保健医療大学健康科学部栄養学科
責任著者連絡先：〒890-0075 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1

鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻 丸谷美紀

支援等、自殺対策に多大に貢献している²⁰⁾。支援団体の活動は、地域の必要性から生まれ、対象は限定されるが、その地域の自殺問題に密着している。一方、保健師の活動は、前述の通りに全住民を対象に幅広く行われている。保健師が支援団体と目的を共有し、互いの特性を活かして達成に力を尽くすことで、きめ細かい自殺対策ができる。しかし、その協働方法は多くの場合現場の経験に委ねられており、実践方法を詳細に分析した研究は国内外でみられない。

保健師が経験的に行ってきた支援団体との協働方法を分析し明文化することで、両者の理解が進み自殺対策に相乗効果をもたらすことができると期待される。さらに自殺対策や支援団体との協働の経験が少ない保健師であっても、支援団体との協働が円滑に行えるようになる。そのことにより、自殺対策の目標である「国民が健康で生きがいを持って暮らすことができる社会の実現（自殺対策基本法第一章）」の一助となると考える。

そこで、筆者らは、自殺対策において保健師が経験的に実践してきたNPO等支援団体との協働方法を明らかにすることを目的として以下の研究を行った。

なお、各種の協働の定義には、社会の課題解決、目的の共有、相互理解と自立、連携・協力、互いの資源の持ち寄り、相乗効果等が述べられている^{21~24)}。本研究では「協働」を「問題意識を共有し、対等に互いの特性を活かして力を尽くし、事業遂行に相乗効果をもたらす、共通の目標の達成に向かうこと」と定義した。

II 研究方法

1. 調査対象

筆者らの先行研究²⁵⁾で面接調査の協力が得られた11の支援団体の代表者、および、その支援団体が存在する自治体で自殺対策を担当する保健師13人を調査対象とした(表1)。

2. 調査期間と方法

2012年12月から2013年10月に、支援団体の代表者と保健師各々に対し、半構造化面接を行い、承諾を得て録音した。なお、面接は第1著者と第2著者が行い、保健師が2人の場合は同席の上で面接を行った。

3. 調査内容

質問は表2に示すように、非構造化質問から半構造化質問へと構造化を増すように進めた。また、対象者の内省を促すように、非指示的に面接を進めた²⁶⁾。

4. 分析方法

1) 支援団体の調査内容の分析

①各支援団体代表者への半構造化面接の録音内容から逐語録を作成し、協働に関する語りを含む記述を抽出し、内容を集約し一文で書き表してコードとした。

②作成したコードを性質の類似性に着目して分類整理してサブカテゴリとし、さらに、類似するサブカテゴリを分類整理してカテゴリとした。

2) 保健師の調査内容の分析

1)と同様に逐語録からコードを作成し、サブカテゴリ、カテゴリに分類整理した。

3) 支援団体・保健師のカテゴリの突合

支援団体と保健師が語った協働の中で、内容が一致するものを最終的な分析結果とした。即ち、支援団体のカテゴリと保健師のカテゴリを突合し、同様な意味が読み取れるカテゴリを統合してコアカテゴリとした²⁷⁾。

5. 研究の厳密さの確保

研究の全過程で、著者全員が、自殺対策に関与する精神保健福祉士・カウンセラー・社会学者、および、自殺対策に精通する看護学研究者から、研究会議や個別の相談を通じて助言を受けた。

6. 倫理的配慮

千葉県立保健医療大学研究等倫理審査委員会の承認を得た(2012年7月16日)。また、調査対象には文書と口頭で研究の趣旨・守秘義務・研究参加の任意性・匿名性等を説明し、文書で同意を得た。

III 研究結果

1. 調査対象

調査対象とした支援団体は、東北・関東等の都市部・農村部・観光地等で活動を行っていた(表1)。活動内容は次のとおりである。精神保健福祉ボランティアグループは、自死遺族の交流、高齢者サロン等での傾聴、紙芝居による啓発活動等を行っていた。消費者支援団体は、金融機関とのトラブルや公共料金滞納の相談等を行っていた。自殺のホットスポットに介入している団体は、ホットスポットを巡回し、危機介入と自立支援を行っていた。電話相談機関は、匿名での電話相談を中心に、相談員の育成や講演会による啓発活動を行っていた。

これらの支援団体とともに活動している保健師は、平均21年(8年~30年)の勤務経験を持ち、自殺対策の担当年数は平均5.2年(3年~7年)だった。

2. 分析結果

支援団体と保健師から得られたカテゴリを突合した結果、6つのコアカテゴリに整理された(表3)。

表1 支援団体・調査地域・保健師の概要

団体名	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
種類	精神保健福祉ボランティアグループ	精神保健福祉ボランティアグループ	精神保健福祉ボランティアグループ	消費者支援	消費者支援	自殺ホットスポットの介入	自殺ホットスポットの介入	宗教家による相談機関	全国規模の相談機関の支部	電話相談機関
代表者資格等	なし	なし	なし	消費生活アドバイザー、行政書士、宅地建物取引士	消費生活アドバイザー、消費生活専門相談員	なし (宗教家)	なし (元警察官)	なし (宗教家)	なし	なし
構成員数	11	24	18 (職員5)	13 (職員11)	17 (職員2)	5	89	40	300 (職員7)	57 (職員2)
活動年数	6年	9年	11年	10年	8年	33年	8年	5年	20年	15年
所在地	東北 都市近郊	東北 農村部	東北 農村部	東北 都市部	九州 都市近郊	関西 観光地	北陸 観光地	関東 都市近郊	関東 都市近郊	関東 首都
総人口 (H23)	35,000	40,000	60,500	300,000	740,000	24,000	92,000	554,000	950,000	330,000
自殺者数 (人) (H23)	10	6	29	64	166	5	18	140	232	80
自殺率	28.54	15.92	47.49	21.94	22.11	21.19	19.24	25.4	24.88	28.1
保健師名	a	b	c	d, e	f	g	h, i	j	k	l
勤続年数	20年	20年	30年	30年	20年	8年	15年	20年	30年	20年
保健師と支援団体との協働内容	自死遺族会や啓発活動とともに行う	保健師が育成し、高齢者サロンでともに活動する	主婦が創設した傾聴サロンを保健師が支援し、傾聴や啓発を行う	経済的困窮者・遺族の健康面の問題を支援	経済面や健康・介護・育児の課題を持つ事例への支援	ホットスポットのパトロール、健康問題の支援、啓発活動	健康面の支援、啓発活動	会の周知・勉強会・啓発活動	会の周知・啓発活動	会の周知・啓発活動

表2 半構造化面接における質問内容

- 1) あなたが行った自殺対策の活動全体を時系列にお話し下さい。
- 2) あなたが行った自殺対策において、NPO等の支援団体と保健師が協働した活動について、具体例も含めてお話し下さい。
具体例とは、啓発活動やネットワーク構築などの活動内容、および、個人への危機介入や遺族への支援等の個別の支援等を指します。
- 3) 自殺対策において、NPO等の支援団体と保健師が協働した成果をお話し下さい。
成果とは自殺率の改善等のみならず、関係者の連携体制が構築された、地域の理解が進んだ等、数値に表れにくいことも含みます。
- 4) 自殺対策において、NPO等の支援団体と保健師が協働していく上での課題をお聞かせください。

コアカテゴリ4以外は、すべての支援団体と保健師の語りから得ることができた。以下、コアカテゴリごとに説明する。なお、説明には具体的な語りを引用するが、活動の特徴が表現できる程度に抽象化した表現で示した²⁶⁾。

1) 自殺の実態と相互の役割理解の元に活動基盤を整える

まず、カテゴリs1およびp1に示すように、支援団体と保健師の両者は、自殺の実態を踏まえて、自殺対策における互いの位置づけを明確にしていた。具体的には、支援団体Cは「同居の家族から疎外されている高齢者に自殺が多いと感じていたので、保健師が高齢者全員を訪問するのに協力した」と、身近な自殺の実際と照らし合わせて保健師との活動を意味づけていた。この支援団体と活動する保健師cは「自殺の実態を分析した結果、家族と同居している高齢者に自殺が多いことが分かり、地元の家族関係等を熟知している支援団体に、高齢者の全戸訪問への協力を求めた」と、自殺の実態から支援団体の特徴を活かして活動していた。また支援団体Iは「育児で疲れ気力が起きない、と相談されていた女性から『先日、保健師が訪問してくれ、相談に乗ってくれて育児に自信が持てた』という報告を受け、保健師の普段の仕事が生きる力を強め、自殺対策になっていると分かった」と、保健師の活動に潜在する自殺予防の機能を理解していた。

一方で、カテゴリs2・p2に示すように、ともに行う活動以外で各々の自殺対策を充実させていた。たとえば、支援団体Dは「クライアントを支援することは自分たちの責務であり、行政に自殺予防を一任するのではなく、自分たちも経済面を中心にカ

ウンセリングも勉強し、できる限りの支援をする」と、公民の責務として自団体の活動を充実させていた。この支援団体と活動する保健師eは「日常の精神保健が自殺予防につながると実感し、患者会や家族会を見直したり、近隣住民の理解を促したりした」と、日常業務において自殺対策の視点を充実させていた。

また、カテゴリs3・p3に示すように、保健師を通じて支援団体は、財政面や技術面等の活動の基盤を整えていた。

2) 相互の目的/特徴に即した啓発活動を展開する

支援団体も保健師もカテゴリs4・p4に示すように、互いの目的と一致する啓発活動への協力や依頼をしていた。そして啓発活動をともに実施する際は、s5・p5に示すように、支援団体の地域密着性、保健師が把握している地域特性、公的立場への信頼を活かして展開していた。

例示すると、支援団体Hは「講演会の講師を依頼された際、自分の檀家には知らせたが、一般市民は宗教家を敬遠する人もいるので保健師から周知してもらった」と、保健師の人脈を活用して周知を図った。この支援団体とともに活動する保健師jは「講演会の周知は自死に関心を持ちそうな住民を中心に言い、開催時間は住民が外出しやすい時間帯に設定した」と、その地域で効果的な周知対象や開催時間を選択していた。

3) 各自の活動や協働の場で遭遇したハイリスク者の健康と生活を補い合って支える

まず、両者ともカテゴリs6・p6に示すように、ハイリスク者が健康面や生活面の支援に結びつくように、周知や相談網を拡大していた。その上で、カテゴリs7・p7に示すように、各自の活動や協働の場でハイリスク者に遭遇した際は、支援団体は健康面の支援が必要な事例を保健師へ結び付け、保健師は食事・休息・教育・就労等の生活面の支援が必要な事例を支援団体に結び付けていた。

たとえば、支援団体Eは「汲み取り料金を滞納している家に訪問した際に、高齢者が汚れた布団に放置されているのを見て、保健師へ連絡した」と、自団体の活動で遭遇したハイリスク者を保健師へ結び付けていた。支援団体Eとともに活動する保健師fは「住民は経済的な問題を隠す傾向があるが、支援団体は経済面から介入し、要介護者等に気づくと連絡をくれるので、手遅れになる前に支援ができる」と、支援団体の特徴を活かして家族全体の経済・医療・福祉を支え合っていた。また、保健師eは「発達障がい児のいる家庭の経済状態が困窮して

表3 支援団体および保健師が語った協働の内容（サブカテゴリの英字は、語りが得られた支援団体名または保健師名）

支援団体が語った協働のカテゴリ	コアカテゴリ	保健師が語った協働のカテゴリ
s1. 保健師の活動に顕在・潜在する自殺予防の機能を理解し自団体との関係を明確にする (A.B.C.D.E.I)	1. 自殺の実態と相互の役割理解の元に活動基盤を整える	p1. 自殺の実態を分析し自殺対策での支援団体の位置づけを明確にする (a.b.c.d.e.f.k)
s2. 自殺の実態に直面し公民の責務として活動を開始/充実させる (A.B.C.D.E.F.G.H.I.J)		p2. 支援団体に関する業務以外の保健事業で自殺対策の視点を充実させる (a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l)
s3. 行政の財政的・技術的支援を受け活動を開始/充実させる (A.B.C.F.I)		p3. 支援団体の経済的・技術的活動基盤を整える (a.b.c.g.k)
s4. 自団体の目的と一致する啓発活動に協力/依頼する (A.B.C.D.E.F.G.H.I.J)	2. 相互の目的/特徴に即した啓発活動を展開する	p4. 啓発活動の目的が一致する支援団体に協力を依頼/受諾する (a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l)
s5. 自団体の地域密着性と保健師の経験知を活かして啓発活動をともに行う (A.B.C.F.H.I.J)		p5. 地域特性や行政への信頼を活かして啓発活動をともに行う (a.b.c.g.j.k.l)
s6. ハイリスク者に保健医療の支援を周知する (A.B.C.D.E.F.G.H.I.J)	3. 各自の活動や協働の場で遭遇したハイリスク者の健康と生活を補い合って支える	p6. ハイリスク者が健康や生活の支援に結びつくように相談網を広げる (a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l)
s7. ハイリスク者の経済・教育・交流等と健康面を保健師とともに支援する (A.B.C.D.E.F)		p7. ハイリスク者の健康面を援助しつつ食事・休息・教育・就労等の支援に結びつける (a.b.c.d.e.f.g.h.i)
s8. 交代でホットスポットを巡回し危機介入する (F)	4. 危機介入時に補い合って命を守り生活を再建する	p8. 他課とも協力してホットスポットを巡回し危機介入する (g)
s9. 危機介入後に休息・食事を提供し医療福祉面は保健師へ結びつける (F.G)		p9. 危機介入後に食事・休息・スピリチュアルケア等の支援に結びつける (g.h.i)
s10. 活動の場で出会った/保健師から継がれた遺族の休息・食事・経済面を支援し健康面を保健師に結びつける (A.B.C.D.E.F.G.H.I)	5. 各自の活動や協働の場で遭遇・接近した遺族・未遂者の快復に寄り添う	p10. 保健事業/遺族会で遺族に接近し必要な交流の場へ結びつける (a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k)
s11. 遺族・未遂者が支援者となる場・気持ちを支える (A.B.C.D.F.I.J)		p11. 遺族・未遂者が支援者となるための場・技術を整える (a.b.c.d.e.g.k.l)
s12. 保健師への感謝と敬意を表明し活動を継続する (A.B.C.D.E.F.G.H.I.J)		p12. 支援団体への敬意と感謝を表明し結束を強める (a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l)
s13. 保健師との活動を通じて社会的・スピリチュアルに健康な地域づくりを目指す (A.B.C.D.E.F.G.H.I.J)	6. 互いの結束や評価の元に活動を継続・拡大する	p13. 支援団体への委託を拡大したり行政の柔軟性を高める (a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l)
s14. 災害発生時に直ちに被災者へ経済・精神・生活面の支援と健康面の支援をともに行う (D)		p14. 健康危機発生時に直ちにハイリスク者へ健康面の支援と物資・経済・精神面の支援をともに行う (d.e)

いることを把握し、支援団体と訪問して経済面を整えらるとともに、特別支援学級への入学を支援した」と、保健師の活動で遭遇した家族の経済・健康・教育をともに支え合っていた。

4) 危機介入時に補い合って命を守り生活を再建

する

このコアカテゴリは、支援団体 F と G、および保健師 g.h.i のみから得られた。支援団体と保健師は、カテゴリ s8・p8 に示すように、自殺のホットスポットを交代で見回り、早期に危機介入してい

た。たとえば支援団体Fは「自殺のホットスポットを保健師と交代で見回り、様子が危うい人には声をかけて、話を聞いたり休んでもらった」と語った。支援団体Fとともに活動する保健師gは「ホットスポットで自殺者数が多い曜日を保健師が、他の曜日を支援団体が担当し、観光課等も総出で巡視している」に示すように、行政内の協力体制を整えて早期に介入していた。

自殺を思いとどまった後はカテゴリs9・p9に示すように、食事・休息等のケアと医療福祉制度活用等の生活再建を補い合っていた。例示すると、支援団体Gは「自殺を引き止めた人が、この数日何も食べていないことがわかり、軽食を提供して休んでもらった後、医療面を保健師へ相談した」と語った。支援団体Gとともに活動する保健師iは「自殺を思い留まった人は心身ともに休むことが必要だが、行政には休む場所もないので支援団体に休んでもらい、落ち着いてから福祉等の手続きを進めた」と語った。

5) 各自の活動や協働の場で遭遇・接近した遺族・未遂者の快復に寄り添う

支援団体と保健師はカテゴリs10・p10に示すように、各自の活動や協働の場で遺族に遭遇、あるいは意図的に接近していた。そして、支援団体は医療が必要な遺族を保健師へ結びつけ、保健師は交流の場が必要な遺族を支援団体へ結びつけていた。具体的には、支援団体Aは「遺族会は参加者が少ない時もあるが、遺族が来ることを待ち続け、必要な時は保健師にも参加してもらおう」と語った。支援団体Aとともに活動する保健師aは「高齢者に訪問した際に息子が自死したことを知り、気持ちを傾聴した後に遺族会を紹介した」と、遺族を交流の場へ結びつけていた。

また、s11・p11に示すように、遺族や未遂者が快復し、支援者となることを支えていた。具体的には、支援団体Dは「経済苦で何度も手首を切ったクライアントが自立し、『最近は同年代の悩み事の相談に乗っている』と連絡があったので、婉曲に成長をほめた」と語った。支援団体Dと活動する保健師dは「青年期の命の大切さを考える場を設けたところ、未遂者が関わってくれた」と支援者となる場を整えていた。

6) 互いの結束や評価の元に活動を継続・拡大する

ともに自殺対策を展開することを通じて、支援団体と保健師はカテゴリs12・p12に示すように、互いに感謝と敬意を表明し、結束力を強めていた。具体的には、支援団体Bは「保健師がボランティア

メンバーの人間関係を仲裁してくれたり、その上司が保健師の仕事を理解して時間や物品を整えてくれるので活動が継続できる」と、行政内部を見据えて感謝を述べた。支援団体Bとともに活動する保健師bは「自分が住民の自死に直面して衝撃を受けた際、ボランティアに支えてもらって救われた」と、感謝の意を表した。

また、カテゴリs13・p13に示すように、地域づくりを見据えた支援や行政内部の変革を起こしていた。たとえば支援団体Fは「保健師との活動を通じて、親の愛を知らない子供が多いことを確認し、学童の放課後の居場所づくりを始めた」と、多様な年代に活動を広げていた。支援団体Fとともに活動する保健師gは「支援団体のみに夜間の相談を任せられるのではなく、役場も夜間の宿直が対応できるよう、宿直を担当する職員に相談の研修をした」と、行政の対応能力を高めていた。

さらに、カテゴリs14・p14に示すように、支援団体Dと保健師は災害発生時に、被災による心身の疲弊や経済的問題等に起因する自殺予防に即座に取り組んでいた。

IV 考 察

1. 本研究の調査対象の特徴

本研究で調査対象とした11の支援団体は、東北・関東・関西・北陸・九州で、主に成人と高齢者を対象に活動していた。活動内容は、1次予防から3次予防まで、傾聴・経済的支援・自殺手段の曝露防止等、多岐に渡っていた。それらの支援団体とともに活動している保健師13人は中堅期にあり、情報収集・健康課題抽出・連携調整能力等を有する時期にあった²⁸⁾。従って、本研究は、多岐に渡る活動を展開する支援団体と、能力ある保健師との協働方法を調査できたと考える。

2. コアカテゴリの関係性

表3に示した6つのコアカテゴリには、次の関係性があると考えられる。コアカテゴリ1は、自殺対策の基盤を整えているため、コアカテゴリ2から6の根底に位置づく。コアカテゴリ2は地域全体とハイリスク者への1次予防、コアカテゴリ3・4は2次予防、コアカテゴリ5は3次予防であり、これらは協働の進展過程として位置づけられる。コアカテゴリ6は、協働を通じて互いの活動が発展したことを示している。

これらの関係性は、保健師や看護師の協働に関する先行研究と類似する点がみられる。まず、コアカテゴリ1は、自殺という課題に対して活動の基盤を整えている点で、鈴木ら²⁴⁾の「コミュニティで取り

組む必要のある課題」に対する「活動を支える仕組みを作る」と同様といえる。また、相互の役割を理解している点で、岡崎らの「多職種の専門性や価値観を尊重する」²⁹⁾と類似している。コアカテゴリ2から5は、目的や事例を共有して活動を補い合っている点で、「目的・情報・経験を共有する」、「主体的に力を活かし育ちあう」²⁴⁾に該当するといえよう。コアカテゴリ6は、精神的に支え合って結果が高まった点で、「相互の関係の進展」²⁴⁾および「互いを信じて支えあう」²⁹⁾に類似している。また、活動を発展させた点では「コミュニティの主体的な健康増進システムの形成と発展」²⁴⁾に共通するといえる。

3. コアカテゴリ・サブカテゴリの関係性

支援団体および保健師のカテゴリを突合し、同様な意味が読み取れたカテゴリを統合してコアカテゴリとした。すべてのカテゴリは、目的を共有し、相互に理解し、連携・協力している内容としてコアカテゴリに統合した。

カテゴリs2, p2, p8は、一見独立した活動に思える。しかし、協働は「公共課題に取り組んでいることがポイントで、一緒に活動しない場合もある。むしろ、別々に活動する場合の方が多い³⁰⁾」(松下啓一, 2009)といわれる。活動は別に行われているが、目的は共有しており、また、互いの活動の相乗効果・成長ともいえる。

4. 保健師の支援団体との協働の特徴

前項に示すようにコアカテゴリは、保健師や看護師の協働に関する先行研究と類似点もみられた。しかし、カテゴリのレベルでは先行研究にみられない結果が得られた。

まず、カテゴリs1やp2で、支援団体も保健師も、保健師の日常業務に潜在する自殺対策の機能を理解し、充実させていた点は、先行研究では言及されていない。保健師の活動は予防的意義が高く¹⁴⁾、日常の家庭訪問や健康教育を大切にすることが自殺対策の基本といわれるように¹⁷⁾、自殺対策の機能を内包しているといえる。一方、カテゴリs2に示すように支援団体は、公民の責務³¹⁾として主体的に自殺対策に関わっていたが、保健師はカテゴリp1に示すように支援団体の位置づけは明確にしていたが、支援団体の抱く責任感には言及していなかった。自殺対策で基盤となる相互理解を促すために、保健師は、日常の保健師の活動に潜在する自殺予防の機能を自他ともに示すとともに、支援団体が抱く公民としての責務を理解することが求められる。

次に、カテゴリs5で、支援団体が保健師の経験に期待していたことは、先行研究では言及されていない。経験を積んだ保健師は、保健事業を通じて

住民の日常生活の情報を蓄積している³²⁾。自殺対策は地域特性を反映することが求められるが、保健師は地域の統計的な健康指標のみならず、実践的に得た情報を意図的に支援団体と共有することが求められる。

また、カテゴリs7・s8・s12・p8で、ハイリスク者や遺族の経済や教育面をともに支えていたことは、事例の健康の社会決定要因を改善していたといえよう³³⁾。自殺は、生きる過程での複数の要因が複雑に絡んで起こるものであり、自殺対策とは「生き方に寄り添いながら支援する」こととされている³⁴⁾。保健師と支援団体は、自殺に至る複雑多岐な経路を遡り、補い合って生き方を支えていくことが求められる。

さらに、カテゴリs10・s12・p8・p10・p12では、ハイリスク者や自殺志願者・未遂者の食事・休息・交流・教育・就労を支えていた。これらは看護における「生きるために必要な基本的ニード」に該当する³⁵⁾。人は、適切な飲食・休息・コミュニケーション・学習・達成感のある仕事を、通常は手助けなしに自立して行うことができる。しかし、自殺のハイリスク者・志願者・未遂者は、これらを行う力を失っている。保健師は支援団体とともに、一時的に「自殺者の生命への愛³⁶⁾」を担い、基本的ニードを満たすことを助ける必要がある。自殺対策で健康の社会決定要因を改善することは、各種マニュアル等で謳われているが、基本的ニードを満たすことは言及されていない。看護職として、保健師が支援団体と協働する際に核となることは、対象の基本的ニードをアセスメントし、支援団体と補い合って満たすことといえよう。基本的ニードが満たされてこそ、カテゴリs13・p13に向けて、生き直す力を取り戻す一助となり得る。

最後にカテゴリp14では、活動内容の相補を超えて、保健師自身が支援団体に支えられており、これは先行研究では言及されていない。自殺対策という支援者に重圧が掛かる課題を推進していくためには、協働者が癒し合う姿勢が重要となると考える³⁷⁾。保健師は、自らの苦悩を支援団体に開示し共有できる程度にまで、相互の関係を進展させていくことが求められる。

さらに、NPO等民間団体の特徴の一つに機敏性がある³⁸⁾。ともに活動を進めることにより、カテゴリs13・p13に示すように行政内の対応能力や、カテゴリs14・p14に示すように災害発生時の機敏性が高まっていた。保健師は、支援団体との協働を通じて、意識的に行政内部の対応能力や機敏性を高めることが求められる。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、多岐にわたる支援団体と中堅期保健師の協働方法を明らかにすることができた。しかし、コアカテゴリ4の危機介入や、カテゴリs14・p14の災害支援等、支援団体や地域に特徴的な協働方法もある。本研究の結果を実践へ適用する場合には、支援団体や地域の特徴を踏まえて応用することが必要である。

また、本研究で調査した自殺対策の対象年代は成人と高齢者であり、支援団体が存在する地域も限定されていた。さらに、今回は依存症やマイノリティ等の支援団体との協働は調査できなかった。今後は、多様な年代・地域・対象の支援団体との協働方法を調査する必要がある。

V 結 語

自殺対策における保健師の支援団体との協働方法は次のことが明らかになった。即ち、保健師の日常業務に潜在する自殺対策の機能を示すとともに充実させる、支援団体の公民としての責任感を理解する、住民の行動傾向や信頼感等の保健活動で蓄積した情報を共有する、ハイリスク者の健康の社会決定要因を改善するとともに基本的ニーズを満たす、経済的・技術的活動基盤や事後の衝撃を支え合う、行政の対応能力・機敏性を意識的に高める、である。中でも、基本的ニーズをアセスメントし、支援団体とともにそれらを満たすことは看護職として核となる。また、支援者自身に重圧が掛かる自殺対策の特殊性から、保健師自身の苦悩を支援団体に開示し共有できる程度にまで相互の関係を深めることが重要である。

本研究にご協力いただいた支援団体と保健師の皆様から心からの感謝と敬意を捧げます。

- ・本研究は開示すべき利益相反はない。
- ・本研究は平成24年度千葉県立学内共同研究費の助成を受けた。
- ・研究の一部を第72回日本公衆衛生学会総会で発表した。

(受付 2015. 7. 7)
(採用 2015.10.20)

文 献

- 1) 厚生労働統計協会, 編. 厚生指標増刊 国民衛生の動向 2014/2015. 東京: 厚生労働統計協会, 2014; 134.
- 2) 高橋祥友. ストレスと自殺 現代青少年のストレスと自殺. ストレス科学 2000; 14(4): 250-259.
- 3) Grossman DC. Risk and prevention of youth suicide. *Pediatr Ann* 1992; 21(7): 448-449, 452-454.
- 4) Makimoto K, Higuchi S. Changes in per capita alcohol consumption and suicide mortality in Japan, 1950-1990. *北陸公衆衛生学会誌* 2000; 26(2): 63-67.
- 5) Dalgligh SL, Melchior M, Younes N, et al. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(4): 613-620.
- 6) Awata S, Seki T, Koizumi Y, et al. Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(3): 327-336.
- 7) 長谷屋誠. 高齢者の希死念慮に影響を及ぼす要因の検討: 秋田県と愛知県の在宅高齢者を比較して. *自殺予防と危機介入* 2004; 25(1): 40-48.
- 8) Fraser SL, Geoffroy D, Chachamovich E, et al. Changing rates of suicide ideation and attempts and protective factors. *Suicide Life Threat Behav* 2015; 45(2): 141-156.
- 9) Kissane M, McLaren S. Sense of belonging as a predictor of reasons for living in older adults. *Death Stud* 2006; 30(3): 243-258.
- 10) Smith ND, Kawachi I. State-level social capital and suicide mortality in the 50 U.S. states. *Soc Sci Med* 2014; 120: 269-277.
- 11) Nakao M, Nishikitani M, Shima S, et al. A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2007; 81(2): 151-157.
- 12) Matsubayashi T, Ueda M, Sawada Y. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord* 2014; 152-154: 526-529.
- 13) 内閣府. 平成26年版自殺対策白書. 2014. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/> (2015年11月15日アクセス可能)
- 14) 宮崎美砂子. 公衆衛生看護とは何か. 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 他編. 最新公衆衛生看護学総論. 東京: 日本看護協会出版会, 2012; 2-17.
- 15) 中板育美. 産後うつを抱えた母親を死なせない: 母子保健と精神保健が手を組もう 産後うつへ保健師はどう関わるべきか: 自殺事例から学べること. *保健師ジャーナル* 2008; 64(7): 584-588.
- 16) 津端正子. 自殺予防 保健師による老人自殺予防へのアプローチ. *公衆衛生* 2003; 67(9): 671-675.
- 17) 馬場優子. 孤立させない自殺予防対策 保健・福祉の枠を超えてつながる「足立区こころといのちの相談支援事業」. *保健師ジャーナル* 2010; 66(5): 410-416.
- 18) 新井志穂, 佐々木明子, 森田久美子. 自殺予防対策において地域と職域が連携する上で保健師が果たす役割. *お茶の水看護学雑誌* 2010; 5(1): 1-10.
- 19) 千葉敦子, 大山博史, 坂下智恵. A市自治体が運営する自死遺族自助グループの支援活動における保健師の役割. *保健師ジャーナル* 2010; 66(3): 252-261.
- 20) 稲村 博. 眠らぬダイヤル: いのちの電話. 東京: 新曜社, 1981.

- 21) 世古一穂. 協働コーディネーター：参加協働型社会を拓く新しい職能. 東京：ぎょうせい, 2007; 36.
 - 22) 松下啓一. 市民カライブラリー 市民協働の考え方・つくり方. 奈良：萌書房, 2009; 9-18.
 - 23) 武藤博己, 辻山幸宣, 編. 市民・住民と自治体のパートナーシップ 第1巻 分権社会と協働. 東京：ぎょうせい, 2001; 25.
 - 24) 鈴木良美, 大森純子, 酒井昌子, 他. 日本の「地域保健活動におけるパートナーシップ」：概念分析. 日本地域看護学会誌 2009; 12(1): 44-49.
 - 25) 丸谷美紀, 岡田由美子, 嶋澤順子, 他. 自殺対策における行政保健師の役割：NPO等支援団体との協働の側面より. 第72回日本公衆衛生学会総会抄録集 2013; 476.
 - 26) ウヴェ・フリック. 質的研究入門：＜人間の科学＞のための方法論 [Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften] (小田博志, 山本則子, 春日 常, 他訳). 東京：春秋社, 2002; 94-121.
 - 27) グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江, 編. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方：看護研究のエキスパートをめざして. 東京：医歯薬出版, 2007; 54-71.
 - 28) 日本看護協会, 監修. 新版 保健師業務要覧 (第2版). 東京：日本看護協会出版会, 2008; 27.
 - 29) 岡崎美晴, 江口秀子, 吾妻知美, 他. チーム医療を実践している看護師が多職種と連携・協働する上で大切にしている行為：テキストマイニングによる自由記述の分析. 甲南女子大学研究紀要：看護学・リハビリテーション学編 2014; 8: 1-11.
 - 30) 松下啓一. 市民カライブラリー 市民協働の考え方・つくり方. 奈良：萌書房, 2009; 18.
 - 31) 松下啓一. 市民カライブラリー 協働が変える役所の仕事・自治の未来：市民が存分に力を発揮する社会. 奈良：萌書房, 2013; 21-22.
 - 32) 丸谷美紀. 健康相談における対象理解の方法：生活との調和を重視した健康問題への対処. 千葉看護学会誌 2006; 12(1): 22-28.
 - 33) World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA). Use of Evidence. The Determinants of Health. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> (2015年5月15日アクセス可能)
 - 34) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 自殺予防総合対策センター, 編. 地域における自殺対策の手引き. 東京：ライフ出版社, 2011; 18-19.
 - 35) ヴァージニア・ヘンダーソン. 看護の基本となるもの (改訂版) [Basic Principles of Nursing Care] (湯槇ます, 小玉香津子, 訳). 東京：日本看護協会出版会, 1973; 13-14.
 - 36) ヴァージニア・ヘンダーソン, グラディス・ナイト. 看護の原理と実際 第1分冊 保健医療と看護 1 [Principles and Practice of Nursing (6th ed)] (荒井蝶子, 辛嶋佐代子, 季羽倭文子, 他監訳). 東京：メヂカルフレンド社, 1981; 44.
 - 37) 福山なおみ, 石川幸代. 患者の自殺を体験した看護師のポストベンションに関する一考察. 共立女子短期大学看護学科紀要 2008; 3: 83-86.
 - 38) 武藤博己, 辻山幸宣, 編. 市民・住民と自治体のパートナーシップ 第1巻 分権社会と協働. 東京：ぎょうせい, 2001; 34-38.
-

Collaboration between public health nurses and the private sector

Miki MARUTANI^{*}, Yumiko OKADA^{2*} and Takashi HASEGAWA^{3*}

Key words : suicide prevention, collaboration, public health nurse, private sector

Objectives We clarified collaborations between public health nurses (PHNs) and the private sector, such as nonprofit organizations.

Methods Semi-structured interviews were conducted with 11 private sector organizations and 13 PHNs who collaborate with them between December 2012 to October 2013. Interview guides were: overall suicide preventive measurements, details of collaboration between private sector organizations and PHNs, and suicide prevention outcomes/issues. Data from private sector organizations and PHNs were separately analyzed and categories created using qualitative and inductive design. Private sector organizations' and PHNs' categories were compared and separated into core categories by similarities.

Results Six categories were created: 1. establishing a base of mutual understanding; 2. raising public awareness of each aim/characteristic; 3. competently helping high suicidal risk persons detected during each activity; 4. guarding lives and rehabilitating livelihoods after intervention; 5. restoring suicide attempters/bereaved met in each activity; and 6. continuing/expanding activities with reciprocal cohesion/evaluation.

Conclusion PHNs are required to have the following suicide prevention tasks when collaborating with private sector organizations: understanding the private sector civilization, sharing PHN experiences, improving social determinants of health, meeting basic needs, supporting foundation/difficulties each other (Dear editor. Thank you for kind comments. I was going to explain that PHNs and NPOs support each other their foundation of activity and difficulties in their activities. The foundations include knowledge, information, budgets, manpower etc. The difficulties mean like suffering faced with suicide during activities.), and enhancing local governments' flexibilities/ promptness.

* Kagoshima University Faculty of medicine School of Health Science Department of Nursing

^{2*} Josai International University School of Nursing

^{3*} Chiba Prefectural University Faculty of Health Science School of Nutrition