

GHQ-30 における調査結果を再検討することで、今回の調査目的に合致すると考えた。

GHQ-30 には、GHQ-60 の項目番号として No.56「生きていることに意味がないと感じたことは； - felt that life isn't worth living」、および No.59「人生に全く望みを失ったと感じたことは； - found yourself wishing you were dead and away from it all ?」の 2 項目が関連事項と考えられた。この調査票を用いて、災害被災者のメンタルヘルスサポート立案の資料とするべく、われわれは関係地域住民の協力を得て調査をくり返し行って来た。

長崎県島原半島の雲仙普賢岳は 1990 年 11 月に 200 年ぶりに噴火を始め、1991 年 5 月から急速に火山活動が活発になり、頻回に火砕流および土石流が流出して 44 名の死者および多くの住居の全半壊など莫大な被害をもたらした。このため、数年に亘って避難生活を余儀なくされる被災者が生じた。結局、1995 年 5 月に噴火の終焉は宣言された。その間、被災者を対象に 1991 年 11 月、1992 年 6 月、および 1993 年 6 月の 3 回、心身の健康状態が調査され、同時に同地域に近接した被災していない住民（おおよそ類似の社会経済的背景を有する田園地域）を対照群（いずれも 40 歳以上）として同じ質問票に回答してもらった調査を行った。

（倫理面への配慮）本調査は、対象者に直接郵送して行ったものであるが、疫学調査における倫理的側面を重視する観点から、その中には調査の目的を明記し、原則として無記名で回答できるようにして、調査票の段階で個人の特定は不可能にした。ただし、その後何らかの情報が欲しい場合、および何らかの支援を希望される場合は記名を勧めた。その結果、被災者の中で高得点者には、当該人の希望を参照しながら、具体的なメンタルヘルスサポートを行った。

ここでは第 1 回の調査における全体の結果、およびその後の継続調査に参加した対象における陽性率の推移を解析する。

C. 結果と考察

被災者群として調査に協力したのは 2,215 名（男 1,030 名、女 1,185 名）、対照者群は 1,216 名（男 449 名、女 767 名）であり、3 回の調査（避難から 6 ヶ月後の初回評価、避難から 12 ヶ月後、および 24 ヶ月後）に全て協力した者（被災者のうち）は、415 名である。初回の調査時点で島原地区で避難生活を強いられていたのは、16 歳以上の者では 7,402 名であり、彼らについてが被災者と見なされるが、ここでは 40 歳以上の者の回答についてだけ解析した。彼らの年齢分布を対照群と共に表 1 に示す。

表 1 被災者群と対照者群の性・年齢群別分布

| | 被災者群 | | | 対照者群 | | |
|---------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| 40-49 歳 | 312 (30.3) | 343 (28.9) | 655 (29.6) | 85 (18.9) | 176 (22.9) | 261 (21.5) |
| 50-59 歳 | 285 (27.7) | 315 (26.6) | 600 (27.1) | 105 (23.4) | 224 (29.2) | 329 (27.1) |
| 60-69 歳 | 287 (27.9) | 306 (25.8) | 593 (26.8) | 166 (37.0) | 225 (29.3) | 391 (32.1) |
| 70 歳以上 | 146 (14.2) | 221 (18.6) | 367 (16.6) | 93 (20.7) | 142 (18.5) | 235 (19.3) |
| 合計 | 1,030 | 1,185 | 2,215 | 449 | 767 | 1,216 |

表2に示すように、被災者のグループにおける GHQ-30 平均得点 (13.6) は対照群 (3.5) より明らかに高く、高得点者の割合も被災者群 (71.4%) が対照群 (12.6%) の約6倍に達している。GHQ-30 では通常、8 点以上を高得点者としている。ここに得られた対照群のデータは他の地域調査の結果と比較して大きく異なるものではない。

そこで、こうした背景の中で、希死念慮を示唆するものの割合を見たのが次の表3である。GHQ-30 には希死念慮について次の2つの質問項目がある。即ち、No.25 (GHQ-60 の No.59) 「人生に全く望みを失った」と No.29 (同じく No.56) 「人生には生きる価値がない」である。

表2 被災者群と対照者群における GHQ-30 の平均得点と高得点者の割合

| | 平均得点と標準偏差 | | 高得点者の割合 | |
|----|------------|-----------|---------|-------|
| | 被災者群 | 対照者群 | 被災者群 | 対照者群 |
| 全体 | 13.6 ± 8.1 | 3.5 ± 4.0 | 71.4 % | 12.3% |
| 男性 | 13.1 ± 8.1 | 3.3 ± 4.0 | 69.3 | 9.8 |
| 女性 | 14.0 ± 8.2 | 3.7 ± 4.0 | 73.2 | 13.7 |

表3 GHQ-30 における No.25 および No.29 の陽性反応率

| | No.25 | | No.29 | |
|----|-------|-------|--------|-------|
| | 被災者群 | 対照者群 | 被災者群 | 対照者群 |
| 全体 | 22.5% | 4.0 % | 16.3 % | 4.4 % |
| 男性 | 18.9 | 3.3 | 13.7 | 3.3 |
| 女性 | 25.6 | 4.4 | 18.6 | 4.9 |

次に、避難から 24 ヶ月後まで 3 回の調査に全て協力した被災者群 (415 名) における、GHQ-30 の高得点者率と No.25 およ

び No.29 のに対する陽性応答率の推移を、表4に示す。

表4 被災者群における GHQ-30 の継時的推移 (対照者群と比較して)

| 調査時点 (total [male/female]) | 高得点者 (%) | No.25 (%) | No.29 (%) |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|
| 対照者群 (n=1,216 [449/767]) | 12.3 (9.8/13.7) | 4.0 (3.3/ 4.4) | 4.4 (3.3/ 4.9) |
| 初回調査 (避難から 6 ヶ月後) | 68.2 (65.7/70.6) | 20.7 (20.6/20.9) | 13.5 (12.3/14.7) |
| 第2回調査 (避難から 12 ヶ月後) | 56.1 (55.9/56.4) | 19.3 (18.1/20.4) | 15.7 (13.7/17.5) |
| 第3回調査 (避難から 24 ヶ月後) | 57.3 (55.4/59.2) | 19.3 (16.2/22.3) | 14.7 (14.2/15.2) |

以上の表から分かるように、全被災者群における GHQ-30 の高得点者の割合は対照者群より明らかに高頻度であり、彼らにおける心身の健康が如何に悪いものであるかが窺われる。高得点者の多さは、避難から 1 年あるいは 2 年といった時間が経過しても

殆ど下がっていないことも特異的で、とうとう対照群のレベルには近づいているとはいえない。更に、被災者らの希死念慮も同様に 4 - 5 倍近い高頻度であって、やはり容易には軽減されていない。

Paykel らは自殺企図心性におけるステー

ジを表5のように示しつつ、その一般住民における頻度も呈示している。そのデータを見る限り、今回の一般住民（対照者）における発現頻度は、約30年前のPaykelらの報告と驚くほど一致しており、ストレスフルだと言われる社会になったとはいえ、同頻度については明白な上昇を確認できない。しかし、火山の噴火災害時における避難を伴う被災者という破局的ストレスに曝された場合は極めて高い陽性反応を見

ることになり、それは1・2年を経過しても容易に軽減しないことが明らかになった。つまり、かなり長期的に、不安感は継続し、絶えず希死念慮（自殺願望）に曝されていると言えよう。

被災者におけるこうした知見を十分に認識した適切な介入を準備すると共に、自殺防止に関わる広範な啓発活動の必要性をうかがわせる。

表5 一般住民における自殺企図行為における発生頻度（%）

| 自殺行動に関わる項目 | Paykelら | 対照者 | 被災者 |
|-------------|---------|-------|--------|
| 人生は生きる価値がない | 3.5 % | 4.4 % | 16.3 % |
| 全く希望をなくした | 2.8 | 4.0 | 22.5 |
| 希死念慮 | 1.0 | | |
| 真剣な希死念慮 | 1.1 | | |
| 自殺企図 | 0.6 | | |
| 自殺既遂 | 0.02 | | |

(Paykel ES et al.: Brit J Psychiatry 124, 460, 1974)

D. 結論

通常的なストレス下での希死念慮は約4%であるが、破局的ストレス下では心身の不健康は上昇し、希死念慮も4-5倍に増加し、更に1-2年の間には改善していかな

いと考えるべきことが明らかになった。この知見をもとに、適切な介入法が考えられ、且つ継続的で広範な自殺防止の啓発活動が必要と考えた。

(文献は省略)

III. 研究協力報告書

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
自殺と防止対策の実態に関する研究
研究協力報告書

WHO による自殺予防の手引き

研究協力者：高橋祥友（防衛医科大学校・教授）

研究要旨：世界保健機関(WHO)は自殺予防のための6種の冊子を2000年に公表し、多くの国々で翻訳され、活用されている。その中で、一般医、プライマリケア従事者、メディア関係者向けの手引き書を翻訳した。これらの手引きはわが国でも十分に利用可能なものと考えられる。

A. 研究目的

WHO が各国の専門家の意見をもとに、それぞれの目的に沿った自殺予防の手引きをまとめている。わが国にも十分に適応できるものであり、それを翻訳して紹介する。

B. 研究方法

WHO がまとめた自殺予防の冊子のうち、一般医向け (WHO: Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. WHO/MNH/MBD/00.1)、プライマリケア従事者向け (WHO: Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers. WHO/MNH/MBD/00.4) と、メディア関係者向けの手引き (WHO: Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. WHO/MNH/MBD/00.2) を全訳した。なお、わが国の実情に合わない部分に関しては注を加えてある。

(倫理面への配慮)

WHO 文書の翻訳であり、被験者はいないため、倫理的な問題はない。営利目的で使用しない限り、翻訳して配布することに問題はないとの確約を WHO から得ている。

C. 結果と考察

【一般医のための手引き】¹

¹ 手引きでは general physician という言葉を用いているが、精神科以外の一般の医師を指している。かかりつけ医、プライマリケア医、ホームドクターなどだが、ここでは一般医で統一しておく。

患者が自殺するという事は医師が経験する最悪の出来事のひとつである。その際に医師が経験する一般的な反応には、不信感、自信喪失、怒り、恥などがある。患者の自殺によって専門家としての能力や技量に対する自信喪失や名声の失墜が生じる。さらに、医師は遺族や知人に対応することに非常に困難な思いをする。

この手引きは一般医を主な対象としてまとめた。自殺に密接に関連する問題や他の要因を提示し、自殺の危険が高い患者をどのように発見し対処するかについての方針を示す。

自殺の影響

WHO の推計によると、2000年には世界中で100万人が自殺している。どの国でも自殺は10位以内の死因であり、15~35歳の年代では、3位以内の死因になっている。

自殺が家族や社会に対して及ぼす心理社会的影響は計りしれない。自殺が1件生じると、最低でも平均6人が深刻な影響を受ける。学校や職場で自殺が起きると、数百人の人々に影響を及ぼす。

自殺のもたらす影響はDALY(disability-adjusted life years)で推定される。この指標によると、1998年には、自殺は全世界ですべての病気がもたらした影響の1.8%であった(高収入国で2.3%、低収入国で1.7%)。これは戦争と他殺を合わせた影響に匹敵し、糖尿病の影響の約2倍、死産と外傷の影響とほぼ同等であった。

自殺と精神障害

自殺はさまざまな要因から生じる問題であると今では考えられている。すなわち、生物・遺伝・心理・社会・環境要因が複雑に関与して生じる。自殺した人の40～60%は、自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診していたことを研究の結果が示している。その多くは、精神科医ではなく、一般医のもとを受診している。精神科治療の体制が十分に整備されていない国では、自殺の危険の高い人が一般医を受診する可能性はさらに高いと考えられる。

したがって、自殺の危険が高い患者を評価し、適切に対処し、自殺を予防するために、医師はきわめて重要な役割を果たしている。

自殺それ自体は病気でもなければ、かならずしも病気の症状でもない。しかし、精神障害は自殺に密接に関連している主要な要因である。

先進国でも開発途上国における調査でも、自殺した人の80～100%が生前に精神障害に罹患していたことが明らかにされている。自殺の生涯危険率は気分障害（主にうつ病）で6～12%、アルコール依存症で7～15%、統合失調症で4～10%である。

ところが、自殺した人の大多数が精神保健の専門家に受診せずに、最後の行動に及んでいる。したがって、プライマリケアの場において精神障害を早期に診断し、専門医に紹介し、適切な治療を実施することは、自殺予防の重要な第一歩となる。

また、自殺者に認められる共通点として、複数の障害を抱えているという事実がある。たとえば、アルコール依存症とうつ病、あるいは人格障害と他の精神障害が同時に存在する場合は危険度はさらに高くなる。

精神科医と連携し、患者が適切な治療を受けられるようにすることは、一般医がすべき重要な役割である。

気分障害

気分障害のすべてのタイプが自殺に関連している。すなわち、ICD-10のF31～F34

に該当する双極性障害、うつ病、反復性うつ病、慢性の気分障害（例：気分循環症、気分変動症）などである(1)。したがって、診断も下されずに治療もされていないうつ病では自殺の危険はきわめて高い。うつ病の有病率は一般人口においても高いのだが、多く的人是それを病気と認識していない。一般医のもとを受診している患者の30%がうつ病に罹患していると推定されている。うつ病患者の約60%はまず精神科ではない一般医のもとを受診している。身体疾患と同様に心理的問題についても取り組んでいかなければならないというのは、医師にとってきわめて負担が大きい。さらに、身体的な症状だけを訴える患者が多いことも問題を複雑にしている。

うつ病では一般的に以下のような症状が現れる。

- 抑うつ気分（悲哀感）
- 興味や喜びの喪失
- エネルギーの低下（疲れやすさ、活動の低下）

うつ病でよく現れる症状は以下のようなものがある。

- 疲れやすい
- 悲しい
- 注意が集中できない
- 不安
- 焦燥感
- 睡眠障害
- 身体のさまざまな部分の疼痛

このような症状に気づいたら、医師はうつ病が存在する可能性や自殺の危険の評価をすべきである。以下のような症状は、うつ病で自殺の危険が増す臨床的な特徴である(2)。

- 頑固な不眠
- 自己管理を怠る
- 重症のうつ病（とくに精神病性うつ病）
- 物忘れ
- 焦燥感
- パニック発作

うつ病患者で以下のような特徴が認められる場合には自殺の危険が高まる(3)。

- 25歳以下の男性²
- 発病初期
- アルコール乱用
- 双極性障害のうつ病相
- 混合期
- 精神病性躁病

うつ病は思春期でも老年期でも自殺の重要な危険因子であるが、とくに晩発性のうつ病は危険が高い。

うつ病の治療が最近発展してきたことは、プライマリケアの場における自殺予防にとって大いに関連がある。うつ病を診断し治療することを一般医に教育したところ、スウェーデンでは自殺率を減らすことができた(4)。抗うつ薬がうつ病患者の自殺率を減らしたという疫学データもある。十分な治療量の薬物を数ヶ月投与し続けるべきである。高齢者においては、回復後も2年間治療を続ける必要があるだろう。炭酸リチウムによる維持療法を受けている患者では自殺の危険が、より低いことが明らかになっている(5)。

アルコール依存症

自殺者は生前にしばしばアルコール依存症(アルコールの乱用および依存)に罹患していたことが明らかになっている。とくに若年者にこの傾向が顕著である。自殺とアルコール依存症の関係については、生物・心理・社会的な説明が可能である。以下の要因がアルコール依存症患者の自殺の危険を高めている。

- アルコール依存症の若年発症
- 長年の飲酒歴
- 重症の乱用
- 抑うつ気分
- 身体的な不健康
- 職場での業績不振
- アルコール依存症の家族歴
- 重要な対人関係が最近破綻した

² わが国では40～50歳代の男性と高齢者で自殺率が高い。

統合失調症

統合失調症患者の最大の死因は自殺である。統合失調症に関連した自殺の危険因子には以下のようなものがある(6)。

- 若年で無職の男性
- 最近、再燃した
- 病状の悪化に対する不安。とくに知的な能力の高い人。
- 猜疑心や妄想などの陽性症状。
- 抑うつ症状。

以下のような時期に自殺率はとくに高まる。

- 病初期。
- 再燃初期。
- 回復初期。

統合失調症が発病して長年が経過すると自殺の危険は徐々に下がっていく³。

人格障害

最近の調査によれば、自殺した若年者では人格障害が高率に認められた(20～50%)。境界性人格障害や反社会性人格障害が自殺に密接に関連している(7)。

衝動性や攻撃性を伴う演技性人格障害や自己愛性人格障害も自殺に関連している。

不安障害

不安障害の中でも、パニック障害がもっとも自殺に関連しており、それに強迫性障害が続く。身体表現性障害と摂食障害(神経性食欲不振症、過食症)も自殺行動に関連している。

³ 慢性の統合失調症における自殺の危険について注意を喚起する報告も少なくない。

自殺と身体疾患⁴

慢性の身体疾患では自殺の危険が高まる(8)。さらに、身体疾患に罹患している患者では精神障害(とくにうつ病)が合併する率が高い。慢性の障害や予後不良であるという事実が自殺と関連している。

神経疾患

てんかんでは自殺率が高まるという報告がある。衝動性、攻撃性、慢性の障害などのために、てんかんと自殺には関連があるとされてきた。

脊髄損傷や頭部外傷でも自殺の危険は高まる。最近の調査では、脳卒中(とくにより身体的な障害を伴う後頭葉領域の障害)後では19%の患者が抑うつ的になり、自殺の危険も高まる。

悪性新生物(がん)

診断された直後や、末期疾患の最初の2年間に、進行性の悪性新生物の患者の自殺率が高まる。

HIV/AIDS

HIV感染やAIDSでは、とくに若者の自殺率が高まる。診断が確定された当初や病気の初期に自殺の危険が高い。薬物を静脈内に投与する乱用者が最も危険が高い。

他の疾病

慢性の腎疾患、肝疾患、骨や関節の障害、循環器疾患、消化器疾患などの他の慢性の身体疾患も自殺の危険を高める。運動、視覚、聴覚の障害も自殺の契機になり得る。

近年、安楽死や自殺幫助が医師にとって重要な問題になってきている。しかし、積極的安楽死はほとんどの国で違法であり、自殺幫助は道徳・倫理・哲学的な論争を引き起こしている。

⁴身体疾患と自殺の関係は以前考えられていたほど1対1といった単純なものではなく、他の心理・社会的な条件も当然考慮しなければならない。

自殺：社会・人口動態的要因

自殺は個人的な行為であるのだが、ある種の社会・人口動態的要因が自殺に関連している社会もある。

性別

大多数の国では既遂自殺者は男性に多いが、その男女比は国によって異なる。中国は唯一例外的な国で、農村部では女性の自殺者数が多く、都市部でも自殺数は男女ほぼ同数である。

年齢

高齢者(65歳以上)と若年者(15歳~30歳)で自殺率のピークを認める⁵。中年男性の自殺率が上昇しているという最近のデータもある。

婚姻

離婚した人、配偶者を亡くした人、結婚していない人は、結婚している人に比べて自殺の危険が高い。結婚は男性にとって自殺防止の保護要因であるが、女性では必ずしもそうではないようだ。別居や単身生活も自殺の危険を高める。

職業

獣医、薬剤師、歯科医、農民、医師など、高い自殺率を示す職業がある。この点について確固たる説明はないが、致死性の高い方法を手に入れやすい、職業上の重圧、社会的孤立、経済的な問題などが挙げられている。

失業

失業率と自殺率の間に強い相関関係があるが、両者の関係はきわめて複雑である。失業の結果として、貧困、社会的孤立、家庭内の問題、絶望感などが生じ、自殺と関連してくる。精神障害に罹患している人は、

⁵ わが国では、中高年(50歳代)と高齢者に2つの自殺率のピークがある。

精神的な問題を抱えていない人に比べると職を失う可能性も高いだろう。また、最近失業したことと、長期にわたって失業状態にあることに関して配慮しなければならない。前者のほうが自殺の危険は高い。

地方・都市での居住

都市部の自殺率が高い国もあれば、農村部での自殺率が高い国もある。

移民

外国へ移民し、貧困、劣悪な住環境、社会的なサポートの不足、期待が十分に達成できないなどの理由から、自殺の危険が高まる。

その他

ある特定の自殺手段が容易に手に入ったり、とくにストレスに満ちた出来事を経験するといった社会的な要因は、自殺の危険を高める上で重要な役割を果たしている。

自殺行動に及ぶ危険の高い患者をどのように発見するか

自殺に関連する以下のようないくつかの個人的かつ社会人口動態的要因がある。

- 精神障害（うつ病、アルコール依存症、人格障害）
- 身体疾患（末期で、激痛を伴い、進行性の疾患：たとえば、AIDS）
- 自殺未遂歴
- 自殺、アルコール依存症、他の精神障害の家族歴
- 離婚、死別、単身生活者
- 社会的な孤立
- 失業、定年退職
- 幼児期の死別体験

患者がすでに精神科治療を受けている場合は、以下のような時にとくに自殺の危険が高まる。

- 最近、退院したばかりである。
- 以前にも自殺を図ったことがある。

さらに、以下のような最近経験したストレスも自殺の危険に関連している。

- 別居
- 死別
- 家庭の問題
- 転職、経済的な問題
- 強い絆のあった人からの拒絶
- 裁判で有罪になる恐れやそれに伴う恥辱感。

調査のために自殺の危険を評価するさまざまな尺度が開発されてきたが、自殺の危険が緊急に迫っている人を発見するためには熟練した臨床家による面接ほど有用なものはない。

自殺行動に及びかねないさまざまな状況に医師は出会うことになるだろう。高齢の男性が最近妻を亡くし、うつ病の治療を受けていて、単身で生活し、以前にも自殺を図ったことがあるといった人と、失恋したために手首を数カ所切ったという若い女性は、両極端の事例と考えてよいだろう。しかし、現実には、ほとんどの患者がこの両極端の間に位置し、揺れ動いているといっている。

ある患者が自殺するのではないかと医師が妥当な疑いを抱いた時に、それでは、その後どのように進めていけばよいかジレンマに陥る。自殺の危険が高い患者に対処するのが苦手な医師もいる。そのような医師は、自分の感情について十分に意識しておきながら、患者に対処するにあたって、同僚や精神保健の専門家に援助を求めるべきである。けっして、自殺の危険を無視したり軽視してはならない。

もしも、医師が自ら患者に対処していこうと決めたのならば、最も重要で緊急な第一歩は、たとえ待合室に他の多くの患者がいたとしても、その患者に十分な時間を取ることである。

理解しようとする態度を示すことによって、医師は患者との間に良好な疎通性を築き上げることができるだろう。あまり、答をはっきり求めるような直接的な質問は最初は望ましくない。「すっかり困っているように見えますよ。どうしたのか話してみてください」などと語りかけるとよいだろう。共感を示しながら相手の訴えに傾聴するこ

と自体が、自殺の危険を伴うような絶望感 なる。
を徐々に和らげていく最初の重要な一歩と

| 誤解 | 事実 |
|------------------------------------|--|
| 自殺について語る患者は滅多に自殺しない。 | 自殺する患者は普通前もって何らかのサインを発している。自殺をするとはのめかすような場合は真剣に受け止めるべきである。 |
| 患者に自殺について質問すると、かえって自殺行動を引き起こしてしまう。 | 自殺について質問するとしばしばその感情に伴う不安感が和らいでいく。患者は安心し、理解されたと感じる。 |

どのように質問すべきか

希死念慮について質問することは決して容易ではない。徐々にその話題に入っていくほうがよい。以下のような質問をしていくとよいだろう。

- 「悲しいのですか？ 何もできないと感じているのですか？」
- 「すっかり絶望してしまったのですか？」
- 「毎日が耐え切れないと感じているのですか？」
- 「人生が重荷になってしまったと感じているのですか？」
- 「生きていても仕方ないと感じているのですか？」
- 「自殺したいと感じているのですか？」

いつ質問をすべきか

以下のような内容の質問をすることが重要である。

- 相手との信頼関係ができあがったとき。
- 患者が自分の感情を進んで話そうと思ったとき。
- 患者が絶望感や無力感といった否定的な感情について話し始めたとき。

さらにどのような質問をするか

自殺したいという気持ちを患者が抱いているという事実だけを確認しただけですべてが終わるわけではない。希死念慮がどれくらい強くて、自殺の危険がどれくらい高いかを確認するためにさらに質問していか

なければならない。患者がすでに自殺の計画を立てていて、その方法まで手に入れているかどうかを知ることが重要である。銃で自殺するつもりだといっても、銃を手に入れる方法がなければ、自殺の危険は比較的低い。しかし、計画をすでに立てていて、具体的な方法（たとえば、薬）を手に入れている場合、あるいはその方法がすぐに手に入るような場合は、自殺の危険は高い。押し付けるような感じや強制的な感じを相手に抱かせないようにして、さらに詳しく質問していくことが重要である。暖かく相手を思いやるような態度で、医師が患者に共感を抱いていることを示しながら質問する。以下のような質問が含まれるべきだろう。

- 「人生を終わらせようとする計画をすでに立ててしまったのですか？」
- 「どのようにそれを具体的に実行する計画がありますか？」
- 「薬、銃、殺虫剤などを手に入れていますか？」
- 「いつその計画を実行に移すつもりですか？」

注意

- 表面的には改善したように見えるときがある。不安焦燥感が極めて強かった患者が、自殺を決心することを決意してしまい、その後、表面的には落ち着いて見える場合があるのだ。
- 否認。深刻に自殺について考えているにもかかわらず、そのような考えを意図的に否定する患者もいる。

自殺の危険が高い患者への対処法

患者が感情的に混乱しているものの、希死念慮がまだ漠然としたものであるときには、真に心配している医師に、患者がその思考や感情を打ち明ける機会を与えられるだけで十分なことがある。しかし、患者が周囲から十分なサポートを得られない場合には、その後も慎重にフォローアップしていかなければならない。どのような問題を抱えていようと、自殺の危険が高い患者は無力感、絶望感、失望感に圧倒されているのだ。患者は以下のような心理状態に置かれている。

1. **両価性**：ほとんどの人は自殺することに対して最後まで複雑な相反する感情を抱いている。生きたいという願望と死にたいという願望の間を激しく揺れ動いている。もしも、医師が患者の生の願望を強めることができれば、自殺の危険は和らいでいく。
2. **衝動性**：自殺は衝動的な行為である。他の衝動と同様に、自殺衝動も一時的なものである。もしも衝動的な行為に及びそうなときに適切なサポートが与えられれば、自殺願望は軽減するだろう。
3. **頑固さ**：自殺の危険が高まると、思考・感情・行為が非常に幅の狭いものになっていき、二者択一的な思考法に陥っていく。他の可能な選択肢を探っていく、たとえそれが理想的なものでないにしても、他にも解決策があることを医師は患者に優しく示す必要がある。

どのようなサポートが選られるか

患者が実際に周囲の人々からどのような、そしてどの程度のサポートが得られるのか医師は評価しなければならない。親戚、友人、知人、他の人々など、患者を支えてくれる人を探し、協力を求める。

自殺しないと約束してもらう

自殺を予防するには「自殺しない」という約束を取り交わすことが有用である。そのような約束を交わす時に、患者にとって

近い関係にある人に同席してもらうのもよい。このような約束について話し合うことで、他のさまざまな関連の問題が浮かび上がってくる。大多数の患者は医師との約束を尊重する。自分の行動を十分にコントロールできる患者の場合のみに、このように約束することが適切である。

重症の精神障害や希死念慮を認めない場合には、医師は抗うつ薬や心理療法（認知行動療法）を用いて治療をすることもできる。継続して医師と連絡を取りあえることで、大多数の患者は救われた思いがする。これらは個々のケースの必要性にあったものである必要がある。

背景に精神障害があり、その治療の必要性がある場合を除き、2～3ヶ月以上サポートが必要な人はほとんどいない。希望を与え、自立を働きかけ、人生のストレスに対処していく他の方法を患者に教えることなどがサポートの中心になる。

専門家への紹介

いつ紹介すべきか

以下のような場合、医師は患者を精神科医に紹介すべきである。

- 患者が精神障害に罹患している。
- 以前にも自殺を図ったことがある。
- 自殺、アルコール依存症、精神障害の家族歴がある。
- 身体疾患に罹患している。
- 十分なサポートが得られない。

どのように紹介すべきか

紹介すると決めた場合、医師は以下のようにするべきである。

- 時間をかけて、紹介が必要な理由を患者に説明する。
- 偏見や精神科薬物療法に関する不安を和らげる。
- 薬物療法が効果的であることを示す。
- 紹介することは患者を「見捨てる」ことではないと強調する。
- 精神科医に予約を取る。
- 患者が精神科医に受診した後に、医師

- が患者に会う時間を取る。
- 患者との関係が今後も続くことを保証する。

いつ患者を入院させるか

以下に緊急入院の条件をいくつか挙げておいた。

- しばしば自殺を考える。
- 近い将来（数時間あるいは数日以内に）自殺する意図が強い。
- 不安焦燥感、パニック。
- 危険な手段を直ちに用いる計画がある。

どのようにして患者を入院させるか

- 患者をひとりにしておかない。
- 入院の手配をする。
- 救急車や警察によって患者を病院に搬送する。
- 関係機関や家族に告知する。

自殺予防の各段階のまとめ

患者に自殺の危険があると疑ったり、その危険に気づいた場合に医師が取るべき主なステップを次表にまとめた。

自殺の危険：症状、評価、対策

| 自殺の危険 | 症状 | 評価 | 対策 |
|-------|---|-------------------------------------|-------------------------|
| 0 | 苦痛はない | — | — |
| 1 | 感情が混乱している | 希死念慮について尋ねる | 共感を持って傾聴する |
| 2 | 漠然と死を思う | 希死念慮について尋ねる | 共感を持って傾聴する |
| 3 | 漠然と自殺を考える | 意図を評価する（計画や方法） | 周囲からどの程度のサポートが得られるか評価する |
| 4 | 希死念慮はあるが、精神障害はない | 意図を評価する（計画や方法） | 周囲からどの程度のサポートが得られるか評価する |
| 5 | 希死念慮、精神障害がともにある。あるいはきわめて深刻な人生のストレスに見舞われた。 | 意図を評価する（計画や方法） 自殺をしないという約束をしてもらう | 精神科医に紹介する |
| 6 | 希死念慮と精神障害がともにある。あるいはきわめて深刻な人生のストレスに見舞われた。あるいは、不安焦燥感が強く、以前にも自殺を図ったことがある。 | （自殺手段が手に入らないようにするために）患者と一緒にいる | 入院 |

文献

1. WHO. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. 10th Revision. Vol.1 Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 1999, 60, Suppl.

- 2: 57-62.
3. Simposon SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
 4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education program for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
 5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 50: 253-259.
 6. Gupta S, et al.: Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1998, 10: 1353-1355.
 7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
 8. Gonzalez Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes Garcia J, et al., eds. *Prevencion de las Conductas Suicidas y Parasuicidas. [Prevention of Suicidal and Parasuicidal Behaviors.]* Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
 9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidences. *British Medical Journal*, 1999, 308: 1227-1233.

【プライマリケア従事者のための手引き】

自殺：問題の深刻さ

- 2000年には世界中で100万人が自殺したと推定される。
- 自殺は40秒ごとに世界のどこかで生じている。
- 自殺未遂は3秒ごとに生じている。
- 15～35歳の若年者では自殺は3位以内の死亡原因である。
- 自殺が起きると、1件当たり少なくとも6人が影響を受ける。
- 自殺が家族や地域に及ぼす心理・社会・経済的な影響は莫大である。

自殺は複雑な現象であり、単一の原因や理由では説明できない。自殺とは、生物・遺伝・心理・社会・文化・環境的な多くの要因が相互に作用して生じる複雑な現象である。

自殺を決意する人もいれば、同様のあるいはそれ以上の劣悪な状況にあるのに自殺しない人もいるという事実を説明するのは非常に難しい。

自殺は現在、全ての国々にとって公衆衛生上の重要な問題である。プライマリケア従事者が地域において自殺の危険の高い人を発見し、その危険を評価し、働きかけ、専門家へ紹介することができれば、自殺予防にとって重要な一歩となる⁶。

なぜプライマリケア従事者を対象とすべきなのか

- プライマリケア従事者は地域と長年にわたって密接な関係を持っていて、地域の人々に受け入れられている。

⁶ プライマリケア従事者：WHOの冊子では、primary health care worker となっている。一般には、地域の掛かり付け医（いわゆるホームドクター）などがまず念頭に浮かぶのだが、むしろこの冊子では、たとえば、保健師、ソーシャルワーカー、そして場合によってはボランティアなど、自殺の危険の高い人に最初に接触する可能性のある人を指している。そのため、「プライマリケア従事者」に統一しておいた。

- 地域や保健システムと強い絆を築き上げている。
- 精神科治療が十分に発達していない途上国においては、しばしばプライマリケア従事者が住民の精神保健に主要な役割を果たしている。
- 地域の事情に熟知しているために、家族、友人、あるいはさまざまな機関からサポートを得られやすい。
- 継続的なケアを実施できる立場にある。
- 問題を抱えた人々に対して保健サービスを提供する最初の立場にある。

以上をまとめると、プライマリケア従事者は、地域住民にとってすぐに援助してもらえ、地域のことをよく知っていて、献身的なケアが可能なのである。

自殺と精神障害

発展途上国および先進国における研究で共通して次の2点が明らかにされている。第一に、自殺した人の大多数は生前に精神障害に罹患していた。第二に、自殺行動は精神障害者でより高率に認められる。以下のような精神障害が自殺に関連している。

- うつ病
- 人格障害（衝動性、攻撃性、感情の不安定性を伴う反社会性人格障害および境界性人格障害）
- アルコール依存症（若年者では物質乱用）
- 統合失調症
- 器質性精神障害
- 他の精神障害

自殺した人のほとんどは生前に何らかの精神障害に罹患していたが、その大多数は、先進国においてさえ、精神保健の専門家に受診していない。したがって、プライマリケア従事者の果たす役割はきわめて大きい。

うつ病

うつ病が既遂自殺と最も関連している精神科診断である。誰でも時には気分が滅入ったり、悲しくなったり、孤独に感じたり、不安定になることはあるが、このような感

情は普通はしばらくするとおさまるものである。しかし、こういった感情が長引いて、日常生活に支障を来すようになると、単に気分がふさぐといった状態を超えて、うつ病と呼ばれる状態になる。うつ病の一般的な症状としては以下のようなものがある。

- ほとんど毎日、悲しく感じる。
- 通常の活動に興味を失う。
- ダイエットをしていないのに体重が減少する（稀に、体重が増加する）。
- 不眠、早朝覚醒（稀に、過剰な睡眠）。
- いつも疲れやすく感じる。
- 無価値感、自責感、絶望感。
- いつもイライラして落ち着きがない。
- 注意が集中できない。決断が下せない。物忘れ。
- 死や自殺を繰り返し考える。

どうしてうつ病が見逃されてしまうのか

うつ病に対して各種の治療法があるにもかかわらず、しばしばうつ病が適切に診断されていないのは次のようないくつかの理由がある。

- 「性格の弱さ」を現しているように感じて、うつ状態にあることを認めるのを恥ずかしいと思う傾向がある。
- うつ病に伴う感情をこれまでにも部分的には経験したことがあるため、それを病気であると認識できない。
- 他の身体疾患に罹患している場合、うつ病の診断はさらに難しくなる。
- うつ病の患者は、さまざまな漠然とした痛みなどの症状を訴えることがある。

うつ病は治療が可能である。したがって、自殺は予防できる。

アルコール依存症

- 自殺者の約 1/3 は生前にアルコール依存症であった⁷。
- アルコール依存症患者の 5～10% が自殺する。

⁷ アルコール依存症と自殺の関連は、欧米ではわが国以上に強調されている。

- 自殺を執行する際に酩酊状態にあった者が多い。

飲酒の問題を抱えていて自殺する人には以下のような特徴がある。

- 若い頃から飲酒を始めた。
- 長期にわたって飲酒してきた。
- 大酒する。
- 身体的な問題を抱えている。
- 気分が沈む。
- 個人的な生活でも深刻な問題を抱えている。
- 最近、対人関係上で深刻な問題があった。たとえば、配偶者や家族との別居、離婚、死別。
- 職場でも問題を抱えている。

アルコール依存症のために自殺する人は、若い頃から飲酒を開始し、多量に飲酒するばかりでなく、アルコール依存症の家族のもとで育ったという場合も少なくない。

自殺行動に及ぶ若者に薬物乱用が増えつつあることも明らかになっている。

うつ病とアルコール依存症が合併した場合、自殺の危険は一層高くなる。

統合失調症

統合失調症患者の約 10% は結局、自殺によって死亡する。統合失調症では、思考障害、幻聴、衛生状態が保てなくなる、社会生活に支障をきたすといった症状が出てくる。まとめると、行動、感情、思考の面で極端な変化が現れてくる。

統合失調症で自殺の危険が高まる患者には次のような特徴がある。

- 若年、独身、無職の男性。
- 発病から間もない時期。
- 抑うつ的。
- しばしば再発する傾向。
- 高学歴。
- 妄想型（猜疑的）。

統合失調症の患者は次のような場合にさらに自殺の危険は高まる。

- 発病初期で、激しい混乱や困惑を呈している。
- 回復段階で、外見上は改善したと思われるのに、精神内界では混乱がまだ残っている。
- ようやく問題を克服したと思っていたのに、また再燃して、症状が現れた。
- 退院の直後。

身体疾患と自殺

ある種の身体疾患と高い自殺率が示唆されている。

神経疾患

てんかん

てんかんの患者で、衝動性、攻撃性、慢性の障害を認める場合、自殺行動に及ぶ傾向が強まる可能性がある。アルコールや薬物の乱用が重なれば、さらに危険が高まる。

脊髄損傷、頭部外傷、脳血管障害

障害が重篤なほど、自殺の危険は高まる。

がん

末期疾患（たとえば、がん）では自殺率が高まる。以下のような人には自殺の危険がより高い。

- 男性。
- 診断された直後（5年以内）。
- 化学療法を受けている患者。

HIV/AIDS

この病気に対する偏見や予後が不良のために HIV に感染した人の自殺の危険は高まる。診断を下されたときに、心理的なカウンセリングを受けられないと、自殺の危険が高い。

慢性疾患

- 糖尿病
- 多発性硬化症

- 慢性の腎、肝臓、他の消化器疾患
- 慢性的な疼痛を伴う骨・関節の障害
- 循環器系疾患
- 神経疾患
- 性的な障害

その他にも、歩行、視覚、聴覚に問題を抱えた人も自殺の危険が高い。

苦痛を伴う慢性疾患に罹患した人の自殺率は高まる。

自殺：社会・人口動態・環境的要因

性別

既遂自殺者は男性に多く、未遂自殺者は女性に多い。

年齢

自殺には次の2つのピークがある。

- 若年者（15～35歳）
- 高齢者（75歳以上）

婚姻

離婚した人、配偶者が亡くなった人、結婚していない人は、結婚している人に比べて自殺の危険が高い。単身生活者、別居者も危険が高い。

職業

医師、獣医、薬剤師、化学者、農民は、一般人口よりも高い自殺率を示す。

失業

職を失うということも自殺に関連していることが明らかになっている。

転居、移民

農村から都市部へ転居した人や、外国に移住した人はより自殺の危険が高まる。

ライフ・ストレス

自殺を決行する以前の3ヶ月間に、以下に挙げるようなさまざまな人生におけるストレスに満ちた出来事を経験している。

- 対人関係上の問題。例：配偶者、家族、友人、恋人との不仲。
- 拒絶。例：家族や友人との離別。
- 喪失体験。例：経済的喪失、死別。
- 職業上の問題。例：失業、定年退職、経済的な問題。
- 社会変動。例：急激な政治・経済上の変化。
- 辱めを受ける、あるいは裁判で有罪になる恐れがあるといった他の様々なストレス。

方法が容易に手に入る

ある種の手段がすぐに手に入るということは、自殺が決行されるか否かに大きく関わってくる要因である。そこで、自殺手段を容易に手に入れられないようにすることは有効な自殺予防対策になる。

他者の自殺を経験する

実際に知っている人、あるいはメディアを通じて誰かの自殺を知った人（とくに若者）はそれに影響されて、自分自身も自殺行動に及ぶ可能性がある。

自殺の危険の高い人の心理状態

自殺の危険の高い人の心理状態として以下の3点が特徴的である。

1. **両価性**：ほとんどの人は自殺することに対して複雑な相反する感情を抱いている。生きたいという願望と死にたいという願望の間を激しく揺れ動いている。生きていくことの苦しみから逃れたいという衝動とともに、生きたいという願望がともに存在している。自殺の危険の高い多くの人は、実際には死にたいわけではなく、むしろ、人生に満足していないと言うべきである。適切な援助が差し伸べられれば、生の願

望は増し、自殺の危険は和らいでいく。

2. **衝動性**：自殺は衝動的な行為である。他の衝動と同様に、自殺衝動も一過性のものであり、数分あるいは数時間しか続かない。この衝動性はごく日常的な不快な体験から引き起こされるのが一般的である。そのような危機的状況を解決するか、あるいはしばらく時間をかせぐことによって、プライマリケア従事者は自殺の願望を減らすのに助力できる。
3. **頑固さ**：自殺の危険が高まると、思考・感情・行為が非常に幅の狭いものになっていく。常に自殺のことばかりを考え、問題を解決する他の方法を考えられなくなってしまい、ひどく極端な思考に陥ってしまう。

自殺の危険の高い人の大多数は希死念慮を伝えている。「死んでしまいたい」「生きていても無駄な存在だ」などと、何らかのサインやはっきりと言葉に出しているのだ。このような救いを求める必死な叫びを無視してはならない。

どのような問題であっても自殺の危険の高い人の感情や思考は世界共通のものである。

| 感情 | 思考 |
|--------|------------------|
| 悲哀、抑うつ | 「死んでしまいたい」 |
| 孤独感 | 「なににもできない」 |
| 無力感 | 「もう耐えられない」 |
| 絶望感 | 「私は負け犬だ。皆の迷惑になる」 |
| 無価値感 | 「私がないほうが皆は幸せだ」 |

どのようにして自殺の危険の高い人に働きかけるか

「生きているのに疲れた」とか「生きている意味がない」などと打ち明けられた場合、話を逸らしたり、もっと苦しんでいる人もいるのだと反論することがしばしばある。こういった反応は、自殺の危険の高い人にとって何の役にも立たない。

自殺の危険の高い人に最初にどのように対応するかは非常に重要である。しばしば、

こういったやり取りが起きるのは、慌しい診察室であったり、患者の自宅であったり、公の場所であり、個人的に話をするのは難しいかもしれない。しかし、以下のような原則を守ってほしい。

1. 他人の目を気にしないで静かに個人的に話ができる適当な場所を探す。
2. 十分な時間をとる。自殺の危険の高い人というのは、自分の背負ってきた重荷を下ろすのに多くの時間がかかる。話を聞く人は、十分な時間を与える必要がある。
3. 最も重要なのは、誠実に相手の訴えを傾聴することである。真摯な態度で耳を傾けることは、自殺にまで追いやられるような絶望感を少しでも和らげるための重要な一歩となる。

不信感や絶望感のために深められてしまった溝を埋めて、事態を改善する希望があることを伝えるのが目的となる。

そのためには、次のようにすべきである。

- 相手の訴えに真摯に耳を傾けるとともに、冷静な態度を保つ。
- 相手の感情を理解しようとする。
- 相手の訴えを受け入れて、尊重するというメッセージを非言語的に伝える。
- 相手の意見や価値観を尊重する。

- 誠実な態度で話をする。
- 相手を心配していることを伝える。
- 相手の感情に焦点を当てる。

逆に以下のようなことはしてはならない。

- 相手の話をしばしばさえぎる。
- ひどく驚いたり、感情的になる。
- 忙しいと伝える。
- 過度に保護的になる。
- 干渉的になったり、あいまいな意見を言う。
- 質問攻めにする。

冷静で、率直で、相手の立場を思いやり、受け入れ、一方的な判断を下さないとといった態度が、相手とのコミュニケーションを促進する。

相手を思いやる態度で訴えに傾聴する。
相手の立場を尊重する。
感情に共感を示す。
自信を持って相手を思いやる。

自殺：誤解と事実

自殺に関しては広く信じられている誤解がある。その誤解と事実をまとめてみた。

| 誤解 | 事実 |
|---|--|
| 1. 自殺を口にする人は本当は自殺しない。 | 1. 自殺した人のほとんどはその意図を前もってはっきりと打ち明けている。 |
| 2. 自殺の危険の高い人の死の意志は確実に固まっている。 | 2. 大多数の人は死にたいと言う気持ちと生きていたいという気持ちの間を揺れ動いている。 |
| 3. 自殺は何の前触れもなく生じる。 | 3. 自殺の危険の高い人はしばしば死にたいというサインを表わしている |
| 4. いったん危機的状況がおさまって症状が改善すると、二度と自殺の危機は起きない。 | 4. いったん改善してエネルギーが戻ってきて、絶望感を行動に移すことができるような時期にしばしば自殺が生じる。 |
| 5. すべての自殺が予防できるわけではない。 | 5. これは事実である。しかし、大多数は予防が可能である。 |
| 6. 一度でも自殺の危険が高くなった人はいつでも自殺の危険に陥る可能性がある。 | 6. 希死念慮は再び生じるかもしれないが決して永遠に続くわけではないし、二度とそのような状態にならない人もいる。 |

自殺の危険の高い人をどのようにして発見するか

現在や過去の以下のような行動からそのサインを発見する。

1. 引きこもりがちな行動を認め、家族や友人と良好な関係を持ってない。
2. 精神障害。
3. アルコール依存症。
4. 不安障害、パニック障害。
5. 不安・焦燥感、厭世的態度、抑うつ感、無力感などに現れる性格変化。
6. 自殺未遂歴。
7. 食事や睡眠パターンの変化。
8. 自己嫌悪、自責感、無価値感、恥辱感。
9. 最近、重大な喪失体験があった。例：死、離婚、別居など。
10. 自殺の家族歴。
11. 個人的な事柄を突然整理しようとしていたり、遺言状を用意する。
12. 孤独感、無力感、絶望感。
13. 遺書。
14. 身体疾患。
15. 死や自殺をしばしば話題にする。

自殺の危険をどのように評価するか

プライマリケア従事者が、自殺行動が起きる可能性に気づいたならば、以下の点について検討しなければならない。

- 最近の精神状態、死や自殺についての考え。
- 自殺の計画：どの程度計画が進んでいるか、いつその行為が実行される危険があるか。
- どの程度、家族や友人からサポートが得られるか。

ある人が自殺したいと考えているかを知るためにもっともよい方法というのは、直接質問することである。広く信じられていることとは異なり、自殺について話しても、自殺を実行に移すことを植えつけることにはならない。実際には、相手は真剣に話を聞いてもらって感謝し、率直に話ができたことで安心し、自分の抱えている問題

を話題にする。

どのように質問すべきか

希死念慮について質問することは決して容易ではない。徐々にその話題に入っていくほうがよい。以下のような質問をしていくとよいだろう。

- 「悲しいのですか？」
- 「あなたのことを誰も心配してくれていないと感じているのですか？」
- 「生きていても仕方ないと感じているのですか？」
- 「自殺したいと感じているのですか？」

いつ質問をすべきか

- 相手が理解してもらえたと感じたとき。
- 自分の感情を進んで話そうと思ったとき。
- 絶望感や無力感といった否定的な感情について話し始めたとき。

何を質問すべきか

1. 自殺するはっきりとした計画があるかどうかを確かめるためには、
 - 「人生を終わらせようとする計画があるのですか？」
 - 「どのようにそれを具体的に実行するつもりですか？」
2. 具体的な手段を手に行っているかどうかを確かめるためには、
 - 「薬、銃、殺虫剤などを手に入れていますか？」
 - 「すぐにその方法が手に入るのですか？」
3. 自殺を実行する時期を決めているかどうかを確かめるためには、
 - 「人生を終わらせる計画をすでに決めてしまっているのですか？」
 - 「いつその計画を実行に移すつもりですか？」

相手を思いやり、心配し、共感しながら、これらの質問をしなければならない。

どのようにして自殺の危険の高い人に働きかけるか

危険度：低

「もう駄目だ」「死んだほうがまだ」といった希死念慮を抱いているが、具体的な計画はない。

具体的な対処法

- 心理的にサポートする。
- 絶望的な感情に働きかける。喪失感、孤独感、無価値感について率直に話すことができれば、混乱した感情は和らいでくる。混乱した感情がおさまってくると、自分の置かれた状況をより客観的にとらえられるようになる。自らの状況を振り返ることができるというのは重要である。本人以外、死ぬ決意も、生きる決意も下すことができないからである。
- 自殺以外の他の方法で問題を解決できるかという点を本人が語るように助力することで、その人の持っている本来の力強さに焦点を当てる。
- 精神保健の専門家や医師に紹介する。
- 定期的に会い、接触を保つ。

危険度：中

希死念慮があり、その計画を立てているが、直ちに自殺するつもりはない。

具体的な対処法

- 心理的にサポートし、絶望的な感情に働きかけ、本人の本来持っている力に焦点を当てる。さらに、以下のような手順を取る。
- 死に対する複雑な感情に焦点を当てる。プライマリケア従事者は、自殺の危険の高い人が感じている両価的な感情に目を向けて、徐々に生の願望を強めていくようにする。

- 自殺以外の他の方法を探る。プライマリケア従事者は、それが理想的な解決策でなかったとしても、患者が少なくともそのうちのひとつを試みるように、自殺以外の方法を探るようにすべきである。
- 接触を保つ。プライマリケア従事者に連絡をしないうちに、自殺しないという約束を本人から取り付ける。
- その人を精神科医、カウンセラー、医師に紹介し、できる限り早い段階で予約を取る。

危険度：高

自殺についてははっきりとした計画があり、その方法も手にして、直ちに自殺する危険がある。

具体的な対処法

- その人と一緒にいる。けっして一人にしない。
- 穏やかに話しかけ、薬、ナイフ、銃、殺虫剤などを取り除く。
- 自殺しないという約束をしてもらう。
- 精神保健の専門家や医師に直ちに連絡し、救急車を呼び、入院の手配をする。
- 家族に連絡し、協力を得る。

紹介

いつ紹介すべきか

- 精神障害に罹患している。
- 以前にも自殺を図ったことがある。
- 自殺、アルコール依存症、精神障害の家族歴がある。
- 身体疾患に罹患している。
- 十分なサポートが得られない。

どのように紹介すべきか

- プライマリケア従事者は時間をかけて、紹介が必要なことを説明すべきである。
- 予約の手続きをする。