

がある。

4) 専門機関への紹介の仕方

特に希死念慮が強い場合には、本人をひとりにさせず、家族や友人（できればキーパーソン）に付き添ってもらって受診をさせる。迅速に対応を進めなければならない。場合によっては、産業保健スタッフが付き添う必要があることもありえる。希死念慮に関して、紹介状に明記したり、直接電話をしたりすることなどにより、紹介先の専門医に情報を伝えることも重要である。希死念慮の情報が伝わらなかったために、主治医が適切な対応（保護）を行い得なかったという事態は、何としても起してはならない。

いざという時に、円滑な動きができるように、緊急時を含め、職場のメンタルヘルス対策に理解があり、労働者の心の健康問題について相談したり、当該労働者を紹介したりできる専門医療機関を近くに確保しておくことが望ましい。

5) 家族・肉親との連携法

特殊な場合を除き、家族や肉親と連絡をとり、希死念慮に関する情報を共有しておく必要がある。そのことについても、本人との話し合いの中で、本人に許可を得ておく。本人が家族に伝えることに拒否的であっても、希死念慮の強い場合は、本人の生命を守ることを優先すべきである。

家族が慌てたり気が動転したりしている様子を見せたときには、電話だけでなく、直接面談によって説明をした方がよいことも多い。具体的な伝え方、言葉の選び方は状況によって異なるが、事実をあいまいにせずにはっきりと述べ、併せて共にできるだけ支援を行っていきたい旨を伝えることが肝要である。

第5章. その他

1) 家族等への啓発活動

当然のことであるが、労働者の心の健康状態は、職場よりも配偶者や両親、兄弟など家族、親族の方が把握しやすいことも多い。したがって、労働者の家族に対して、心の健康に関する基礎的な知識（うつ状態のサイン、専門機関に相談することの重要性など）を供与し、それに留意することの意義などを啓発することは、労働者の心の健康確保に大きな意味を持つ。

このような家族や親族に対しての情報提供に、自殺防止に関する事柄を盛り込むことも勧められる。

2) 管理監督者への働きかけ

職場の管理監督者は、職場のメンタルヘルス対策において重要な役割を果たすことは、メンタルヘルス指針が示す通りである。彼らの教育研修において、既存のマニュアル等を用いて自殺予防に関する事項を解説することも、意義深いといえよう。

ただし、時間的な制約等がある場合も多いと考えられ、その場合にはポイントを押さえた簡潔な内容にする必要がある。

3) ポストベンションについて

自殺が起きた場合に、周囲の人々に及ぼす心理的影響をできる限り小さくするための対策をポストベンションと呼ぶことがある。職場内で自殺者が出ると、その職場の上司や同僚は大きな衝撃を受け、ひどく動揺したり強い罪悪感にとらわれる者もみられることがある。そうした場合には、特に影響が心配される者を対象にして、起こりうる心身の変化（ストレス反応）を説明したり、個別の相談対応を行ったりすることが望ましいことがある。産業保健スタッフ間で緊密に情報交換を行い、共有し周囲に伝える情報を統一しておくことも重要である。

一部で、自殺者との関わりが深かった者を集め、小集団で話し合う場をもって、悲しみや自責の感情を表出させ、気持ちの整理の手助けをするデブリーフィングという技法が行われることもある。しかし、この実施には経験豊富な専門家（医師、臨床心理士等）が関与する必要があるとあり、その効果について否定的な報告も少なくない。現時点で、多くの職場で実施されることが推奨されるものではない。

付) 相談機関一覧:

労災病院 (勤労者メンタルヘルスセンター 全国一覧)

<http://www.rofuku.go.jp/rosaibyoin/center/mentaru.html>

産業保健推進センター (全国一覧)

<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/index.html>

精神保健福祉センター (全国一覧)

<http://www.iph.pref.osaka.jp/kokoro/list/mhc.html>

いのちの電話

<http://www.inochinodenwa.or.jp>

参考文献：

- 1) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント。医学書院，2002。
- 2) ストレス疾患労災研究会，過労死弁護団全国連絡会議編：激増する過労自殺。皓星社，東京，2000
- 3) 厚生労働省：職場における自殺の予防と対応。中央災害防止協会，2001
- 4) 職場における心の健康対策班：こころのリスクマネジメント - 部下のうつ病と自殺を防ぐために - 。中央労働災害防止協会，2004。
- 5) 日本医師会：自殺予防マニュアル—一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応。明石書店，2004。
- 6) 中央労働災害防止協会：心の健康 職場復帰支援手引き。中央労働災害防止協会，2005。
- 7) 川上憲人：労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究，労働安全衛生総合研究事業，平成14年度総括・分担研究報告書。2003。
- 8) Ping Q, Esben A, Preben BM: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*, 160: 765-772, 2003.
- 9) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125: 355-373, 1974.
- 10) Robins E: The final months; a study of the lives of 134 persons who committed suicide. New York: Oxford University Press, 1981.
- 11) 高橋祥友，死と精神医学（自殺 170-180），臨床精神医学講座，2001
- 12) Harris EC and Barraclough BM: Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis, *Br Psychiatry*, 170: 205-228, 1997
- 13) Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, et al: Depression, delusion, and suicide. *Am J Psychiatry*, 140: 1159-1162, 1959.
- 14) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al: Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*, 12: 19-29, 1997.
- 15) Gater R, Tansella M, Korten A, et al: Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 405-413, 1998.
- 16) Sato T, Takeichi M: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in a general medicine clinic. *Gen Hosp Psychiatry*, 15: 224-233, 1993.
- 17) Goldberg D, Huxley P: Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care. Tavistock, London, 1980.
- 18) Kielholz P: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. 3 Aufl, Lehmanns, München, 1974.
- 19) 高橋祥友，自殺の心理学，講談社現代新書，1997
- 20) Sheehan D, Lecrubier Y: M. I. N. I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview). 大坪天平，宮岡等，上島国利（訳）：精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0.。星和書店，2003
- 21) 川上憲人：労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究，労働安全衛生総合研究事業，平成15年度総括・分担研究報告書。2004。

職場で自殺が起きた時の対応について

高橋祥友

防衛医科大学校・防衛医学研究センター

職場で自殺が起きた時の対応について

1. はじめに

わが国では 1998 年以來、毎年 3 万人以上の人々が自ら命を絶っています。とくに 40～50 歳代の働き盛りの男性の自殺が深刻な問題となっています。年間の自殺者数は交通事故死者数の 4 倍以上にもものぼります。そして、自殺未遂者は少なく見積もっても既遂者の 10 倍は存在すると推定されています。また、自殺や自殺未遂が 1 件生じると、強い絆のあった人の最低 5 人は深刻な心理的影響を受けるとの推定もあります。このように、自殺は死にゆく人 3 万人だけの問題ではなく、非常に多くの人々のこころの健康を脅かす深刻な問題であるのです。

もちろん、自殺を予防することに全力を尽くさなければなりません。しかし、不幸にして自殺が起きてしまったときには、遺された人へのケアも必要です。この手引きは、自殺が起きてしまった後に、職場でどのような対応を取るべきかを解説しています。ただし、最初に断っておきますが、すべての状況に一律に当てはまる方法などありません。ここで解説する事柄のうち、現場の状況をよく見きわめて、どの点がそのまま使うことができるか、どの点は修正が必要か、どの点はむしろ実施しないほうがよいのかを考えていただきたいのです。ここで解説するのは、あくまでも、自殺が起きてしまった後に、遺された人に対する原則です。

自殺が起きた後に適切なケアを実施しないと、直後には遺された人々が気丈に振る舞っていたとしても、後にうつ病、不安障害、ASD（急性ストレス障害）、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などを発病し、専門的な精神科治療が必要になる場合も出てきます。そこで、自殺が起きた後に実施してほしい対応に焦点を当てて解説していきます。

2. 自殺予防の3段階

一般に、病気予防は一次予防、二次予防、三次予防に分類されます。一次予防とは、疾病について正しい知識を普及させたり、原因を取り除くことによって、疾病の発生自体を予防することです。二次予防とは、病気にかかったとしても、早期発見、早期治療によって、病気をできる限り早く治そうとするものです。そして、三次予防とは、病気の後遺症をできる限り少なくして、障害を減らし、日常生活への早期の復帰をうながすことを指しています。リハビリテーションといってもよいでしょう。

さて、自殺の背後にはしばしばこころの病がかくれているものの、自殺そのものを病気ととらえることができないので、自殺予防では、別の言葉を使って3段階を表わしています。

すなわち、自殺予防はプリベンション(prevention)、インターベンション(intervention)、ポストベンション(postvention)です。プリベンションとは、今ただちに危険が迫っているわけではないのですが、自殺の原因などを事前に取り除いて、自殺が起きるのを予防することを指します。自殺予防教育なども広い意味でのプリベンションに含まれます。インターベンションとは、今まさに起こりつつある自殺の危険に対して適切な対策を講じて、自殺を防ぐことです。ある人が薬を多量にのんで自殺を図ったとします。胃洗浄をして、命を救うといった処置もこれにあたります。ポストベンションは、不幸にして自殺が生じてしまった場合に、他の人々に及ぼす心理的影響をできる限り少なくするためのケアです。わが国で実際に行なわれているのはほとんどがインターベンションであって、プリベンションやポストベンションはごく限られた範囲で行われているに過ぎません。この手引きで取り上げるのは、わが国ではまだなじみの薄いポストベンションについてです。それも、職場で自殺が起きたようなときに、どのように対応し

たらよいのかということに焦点を当てていきます。

3. 自殺の事後対応の原則

表1には遺された人々に現れる可能性のあるさまざまな心理的な反応を挙げておきました。一般に、病死よりも事故死、事故死よりも自殺のほうが、遺された人々により複雑な死別反応を引き起こしてしまいます。故人との関係の強さによって、反応はさまざまですが、まるで嵐のような感情が吹き荒れることがあります。そこで、まず、ポストベンションの原則について取り上げていきましょう。これはかならずしも専門的な対応ではなく、自殺が生じた時に、その現場において実施してほしい原則です。

① 関係者の反応が把握できる人数で集まる

まず、ケアを実施する時期が問題になります。できるだけ早い段階で実施するのが望ましいのですが、対象とする人たちがケアを受け入れる準備ができていない状態にあるかどうかまず十分に検討してください。職場で同僚が自殺した場合には、葬儀が済むのを待ってもよいでしょう。葬儀の準備で慌しい思いをしている最中にケアを実施しようとしても、そもそもそれを受け入れるだけのこころの準備ができていないことがしばしばです。

とくに人望の厚かった人の自殺は、職場全体の士気を著しく落としかねません。なお、ケアを主導する人は、前もってどのような事態で自殺が生じたのか概要を把握しておいて、これから対処しようとしている人々の状態をつかんでおく必要があります。

さて、ケアを行う際のグループの人数ですが、あくまでも関係者の反応が十分に把握できる人数にしたほうがよいでしょう。多人数を集めて一斉に通知するの

はむしろ悪影響を及ぼしかねないのです。あくまでも、他者の自殺を経験した人がどれほど精神的に動揺しているのか把握できる数に限ったほうがよいのです。

理想的には対象者は10人くらいまでにしたほうがよいでしょう。20人以上となると、自殺の事実について知らされた人の反応を的確にとらえるのが難しくなってしまう。多人数を扱わなければならない場合には、いくつかのグループに分けるといった工夫が必要になってきます。

また、誰がケアを主導するかというのもむずかしい問題です。できれば、利害関係がなく、専門的な知識もある、精神保健の専門家がケアを実施したほうがよいでしょう。というのも、たとえば、職場などで自殺が起きたときに、それまでの不満が上司に向けられて、自殺が生じた責任を問われ、不満が一挙に噴出すようなことが珍しくないからです。

とはいえ、できるだけ早い段階でケアを実施するのに、いつでも外部から専門家の協力が得られるとは限らないでしょう。そのような場合には、職場で責任ある立場の人やメンタルヘルスの担当者が、以下に挙げるような手順を踏む必要が出てきます。

なお、中心になってケアを進めていく人と、もう一人別に補佐役を置いて、グループの反応を見届けるのもよい方法です。対象とするグループの仕事内容を熟知しているピアが補佐役となることができれば理想的です。

② 自殺について事実を中立的な立場で伝える

自殺が生じたという事実を必死になって隠そうとしても、短時間のうちに噂や憶測でほぼ全員に知れ渡ってしまうものです。流言蜚語が飛び交い、職場の雰囲気が悪化してしまうことすらあります。自殺に関して緘口令を敷いたところで、その事実は瞬く間に広まってしまいます。

緘口令を敷くのではなく、たしかに衝撃的かもしれませんが、自殺が起きたと

いう事実を淡々と伝えて、もしもそれに動揺している人がいるならば、適切に働きかけていくほうがよいのです。

ある人の自殺が複数の自殺を引き起こす群発自殺(clustered suicide)という現象が知られています。しばしば手段さえも模倣されます。連鎖的に自殺が起きると、職場の士気を著しく低下させてしまいます。とくに若者の間で群発自殺が生じる危険が高いと報告されてきましたが、成人の間でも群発自殺が起きる可能性はあります。ある企業の小さな部門で数ヶ月の間に複数の自殺が生じたという事実もあります。自殺が他の複数の人々のところに大きな傷を残すことは成人であっても当然予想できることです。群発自殺は、学校でも、職場でも、病院でも起こり得るのです。

なお、自殺についてはあくまでも事実を淡々と話してください。自殺者を非難したり、貶めるような発言をしてはなりません。また、逆に故人の生前の様子をあまりにも美化して語るのも、逆効果になります。他の潜在的に自殺の危険が高い人が、故人に病的な同一化をしないように工夫する必要があるのです。

③ 率直な感情を表現する機会を与える

ポストベンションの重要な目的は、関係者の複雑な感情をありのままに表現する機会を与えることです。わが国では自殺が起きて、まるで何事もなかったかのように振る舞ったり、時が過ぎることだけが問題を解決する唯一の方法であると考え、その間にも、遺された人は強い衝撃を受けて、さまざまな問題を抱える可能性が高いのです。直後には問題がないように見えても、何年もたってから心の問題が明らかになる人がいます。自殺した人と何らかのつながりがあった人々が集まって、お互いの率直な気持ちを語り合い、分かち合うことが重要です。複雑な感情を抱えているのが自分だけではないと知るだけでも、負担が軽くなったと語る人は少なくありません。

しかし、中には自分の感情を言葉に表せない人もいるので、全員がかならず話さなければならないといった強制する雰囲気を作ってはなりません。あくまでも率直な気持ちを話すことも自由であるし、他の人々の話を黙って聞いている自由もあることを最初に保証しておきます。また、明らかに他の同僚達よりも動揺の激しい人に対しては、グループにおける働きかけよりも、個別の対応のほうが好ましい場合もあります。このような場合には専門家に助言を求めてください。

④ 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する

知人の自殺を経験した後にはさまざまな複雑な症状が起きてきます。ところが、とくに精神医学に関する知識が十分でない一般の人々は、そのような症状が自分だけに起きている異常な反応と考え、誰にも相談できずにひとりで悩んでいることがしばしばです。時間の経過とともに軽快していく症状でそれほど心配のないものから、ただちに適切な治療を始めなければならないものまでさまざまです。そして、その両者を的確に判断するには専門家による診察が必要になります。

表2のようなパンフレットをあらかじめ用意しておいて、起こる可能性のある症状について説明するのもひとつの方法です。この表は、近い関係にあった他者の自殺を経験した後に生じる可能性のある、うつ状態、不安障害、急性ストレス障害などの症状を具体的に挙げたものです。対象となる人々が理解しやすい言葉を用いてください。また、相談先などについても具体的な情報を含めておきます。

⑤ 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える

さらに、他の人々と一緒では自分の気持ちを十分に表現できなかったと感じ、個別に話を聞いてほしいと思っている人もいます。そのような人にはできるだけ早い段階で、専門家に話をしたり、助言を受けたりできる機会を設けるようにします。これもタイミングを逸してしまえば、意味がありません。

⑥ 自殺に特に影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける

同僚の自殺に特に深刻な影響が出る可能性のある人に関しては、積極的に働きかけていく必要があります。フォローアップも必要ですし、家族などとの協力体制を築く必要もあります。

表3には他者の自殺にとくに影響を受ける可能性のある人の特徴を挙げておきました。要するに、自分自身も自殺の危険因子を数多く満たしているハイリスクの人です。個別に働きかける場合もあれば、このような例を具体的にグループに説明しておいて、十分に気をつけるように注意を喚起する場合があります。

すでに精神科治療を受けているならば、家族を通じて治療者と連絡を取るなどといった工夫も必要になります。あるいは、まだ治療を受けていないのですが、他者の自殺に動揺し、明らかに問題行動を呈している人に気づいたら、精神科治療に導入する絶好の機会とすることもできます。

⑦ その他

職場で自殺が起きた場合の、他の同僚たちへの心理的ケアを中心に解説してきましたが、もっとも強い影響を受けているのは家族自身であることは言うまでもありません。その人のことをいつまでも職場の仲間が忘れないでいることをさまざまな機会を通じて、遺族に伝えることも忘れないでください。結局は、他の人々にとって、組織を構成する一人一人がいかに大切であるかを有形・無形に伝えることこそが、遺された他の同僚にとっても大きな意味を持ってきます。

遺族に対するケアが必要なことは言うまでもありませんが、むしろ、そっとしておいてほしいと希望する家族の場合、その気持ちも尊重しましょう。あくまでも、家族の要望に応じて、対応してください。そのような場合でも、遺族と親しい関係にある人に対して、どのような点に注意して見守ってほしいかを頼んでお

くことも必要でしょう。

また、職場で自殺が起きたということは、悲劇的な状況であると同時に、自殺予防に対する正しい知識を広めるための絶好の機会でもあります。普段ならば、大して関心を抱かないような人であっても、このような状況ではとても他人事とは思えず、自殺予防についての話に真剣に耳を傾けてくれるものです。職場の人々がまさに、自殺予防教育を受け入れるのに十分なこころの準備ができているときであるといっても過言ではありません。対象となっている人々がその段階での程度までの知識やケアを必要としているかを見きわめながら進めていくべきでしょう。

4. より専門的なポストベンション

前項では自殺が生じた場合の対応に関して一般的な原則について解説しました。次に筆者らが実施しているより専門的なポストベンションについて、その概略を紹介します。なお、すべてを解説する紙幅の余裕がないため、詳しく知りたい方は「高橋祥友、福間詳・編：自殺のポストベンション；遺された人々への心のケア。医学書院、2004」を参照してください。図1にポストベンションの流れを示しておきます。

①全体の状況を把握する

あくまでも現場からの要請に基づいてポストベンションを実施する必要があります。要請がないのに、ポストベンションのチームが押しかけていっても、十分な協力が得られません。筆者らのポストベンション・チームは、精神科医1～2名、心理担当者1～2名からなります。

また、要請に基づいて、チームが派遣された場合でも、ポストベンションの目

的を最初にはっきりとわかりやすく説明し、相互に合意に達しておくことがきわめて重要です。自殺が起きてしまったために、流言飛語が飛び交ったり、職場の士気が下がってしまっていることがあります。ポストベンションはあくまでも、同僚が自殺するといった悲劇的な状況を体験した人々に対するケアであって、原因究明のための調査や誰に原因があるかといった犯人探しなどではないことを繰り返し説明し、現場の納得を得るようにします。

そして、現場の責任者、あるいは、今回の件を十分に把握している人から、まず説明を受けて、状況の全容を把握するように努めます。関係する資料などがあれば、それについても目を通しておきます。事前の状況把握が十分でない、以後の活動も円滑に進めることができません。

筆者らは IES-R（改訂版出来事インパクト尺度）などの心理検査やアンケートを実施して、自殺が全体に及ぼしている影響を把握する一助としています。どのような心理検査を利用するか、そもそもその種の検査が必要かどうかは、それぞれの状況に応じて判断するとよいでしょう。

全体の状況のある程度把握した段階で、個別のケアを主とするか、グループに対する働きかけを主とするか、あるいは双方を実施するか、十分に話し合います。もちろん、さらに情報が必要なときには、まず、数人の個別面接をした上で、その後の方向付けをすることもあります。

②個別面接

一般の人の大多数は、そもそも精神科医や臨床心理士などにこれまで一度も会ったことがありません。そのため、かなり警戒し、緊張していることもめずらしくないので、雰囲気や和らげる必要も出てきます。あくまでもポストベンションの目的は、悪者探しや犯人探しなどではなくて、遺された人のこころの傷を癒すためのケアであることを強調しましょう。そして、このケアは故人を追悼すると

ともに、悲劇を繰り返さないためには、何かを学ばせてもらう機会にしたいという点を強調するのです。もちろん、話し合われた内容について、秘密を守ることにも保障しておきます。同僚の自殺を経験し、複雑な感情に圧倒されているので、その感情を率直に表現したいならば、その機会を提供するのですが、けっして感情の表出を強制するような雰囲気を作ってはなりません。もしも、何も言いたくなければ、その権利もあることを最初にきちんと説明しておきます。

個別面接を終えて、ある程度の共通項が認められた人が何人かいるように考えられる場合は、その後、グループに対する働きかけにつなげる場合もあります。

③グループを対象とした働きかけ

ここではグループを対象として、ディブリーフィングを中心とする CISM（緊急事態ストレスマネジメント）の技法を状況に応じて、臨機応変に応用します。ディブリーフィングとは緊急事態を経験した人々がトラウマ（心的外傷）から生じる影響を可能な限り和らげるために行うグループを対象としたアプローチの技法です。

同じような事態を経験した人々を対象とします。職場で同僚が自殺したような場合も緊急事態ととらえて、専門的なケアが必要になります。適切なケアを行われないと、職場内に動揺が走ったり、士気が低下することもめずらしくありません。以前から上司に対して不満があったような職場では、自殺をきっかけにして、特定の人物に対して攻撃性が噴出することさえあります。また、遺された他の同僚がうつ病、不安障害、急性ストレス障害などの問題を抱える危険さえ生じかねないのです。

ディブリーフィングの参加者は 10 人前後までに限るほうが、参加者の反応がはっきりととらえられます。図 2 に示すように、精神保健の専門家がディブリーフィングのリーダーとなり、もうひとりピア・スタッフも入ります。ピア・スタ

ップとは参加者と同様の職種でこれまでディブリーフィングを進めた経験のある人を指しています。

典型的なディブリーフィングでは、図3に示すように、①導入、②事実、③思考、④反応、⑤症状、⑥教育、⑦再入の段階を経ていきます。認知の側面の強い段階から始めて、徐々に感情に強く触れるような段階に達し、再び認知が優勢となる最終段階へと進んでいきます。

①導入の段階では、ディブリーフィングの進め方や目的について説明します。緊急事態を経験した後に複雑な感情を率直に表わす機会が得られないと、後にさまざまな心理的な問題が生じる可能性があるため、ありのままの気持ちを率直に話してもらいます。同時に、黙っていたい人は、他の参加者の話を聞くだけでもよいことも保証しておきます。けっして必死になって抑えている感情を噴出させるようなことをしてはいけません。

また、ディブリーフィングは犯人探しのようではなく、あくまでも悲劇を繰り返さないためには何ができるかという点を探ることを目的としていることを強調します。そして、その場で話された内容はけっして他で口外しないことも互いに約束しておきます。

次に②事実を確認する段階に入っていきます。この段階では感情に直接触れることが少ないため、比較的抵抗なく話ができるようです。何が起きたか承知しているつもりでも、それぞれが断片的な知識を持っているだけに過ぎないことも多いので、まず、現実になにが起きたのかという事実を共有するのです。各人がさまざまなことを知っていると思っても、断片的な内容であったり、流言蜚語に近い内容であることすらめずらしくありません。なお、日本人はこの種のグループの場で、率直に自分の意見を述べることをためらいがちと考えられていますが、実際に行ってみると、むしろ予想外に活発に意見が出てきます。

次に、その時、自分は何を考えて、どう反応したのかというのが、③思考と

④反応の段階です。日本人の場合、③と④の過程がかならずしも明確に分けられるばかりではなく、両者が混在することもしばしばです。この点に関しては臨機応変に対応していきます。

⑤症状の段階では、緊急事態後に自分に生じているさまざまな症状を話し合います。「眠れない」「食事ができない」といったしばしば出てくる症状から、急性ストレス障害のフラッシュバックと考えられる症状まで出てきます。

あるディブリーフィングの「症状」段階で、参加者のひとりが、浴室で自殺体を発見した後、入浴できなくなってしまうと恐る恐る語りました。すると、他の同僚もひとりで入浴するのが恐ろしくて、銭湯を利用してから帰宅しているなどと話をしたのです。要するに、緊急事態を経験した後に、さまざまな症状が出ているのは自分だけではないと知るだけでも、不安や緊張がかなり和らいでいきます。

参加者からの反応があまりでないようであれば、緊急事態を経験した際に生じ易い症状をディブリーファァーから説明してもよいでしょう。それをきっかけにして、参加者からさまざまな症状が語られることはしばしばあります。

⑥教育の段階は、⑤の症状段階と密接に関連しています。緊急事態を経験した後に、不安障害、うつ病、急性ストレス障害に類似した症状が出てくることがあります。表2のようなパンフレットを用意して、説明するのもよい方法です。

一般にはさまざまな症状は数週間以内に自然におさまってきますが、それ以上続く場合は専門的な治療も必要になってくることを具体的に教育していきます。自殺が起きた後にディブリーフィングを行う場合は、自殺予防教育の絶好の機会になります。さらに、ストレス・マネジメントの原則などについても解説しておきます。

最後の⑦再入の段階では、参加者から質問も受け、それに答えます。ディブリーフィングそのものはグループに対する介入ですが、個別の相談を希望する人

がいれば、ディブリーフィングの後にその機会も設けます。専門相談機関などについての情報も伝えます。そして、参加者から感想を述べてもらい、ディブリーフィングを終えます。1回のディブリーフィングは1時間半から2時間程度で終了します。

なお、参加者があまりにも意見を述べようとしなかったり、あるいは、その反対に感情的な混乱が強いような場合には、むしろ「教育」段階に力点を置くといった、臨機応変な対応が必要になります。すでに述べた7段階はあくまでもガイドラインであり、あまりにも頑なに守ろうとするのも問題です。

ディブリーフィングに関してさまざまな批判があることを筆者も承知しています。すなわち、緊急事態を体験した直後に、その感情を語らせることがかえってこころの傷を深くさせてしまうといった批判です。また、ディブリーフィングを実施したところで、その後、うつ病や PTSD の発生率を下げることに成功していないという批判もあります。

当然、ディブリーフィングはけっして万能ではありません。しかし、その効用と限界を十分に理解しながら用いれば、十分に効果的なグループを対象とした介入技法として活用可能です。あくまでもファーストエイドであり、精神科治療の代替品ではないことを理解しておく必要があります。また、ハイリスクの人を発見し、適切な治療に導入することもディブリーフィングの目的となります。さらに、緊急事態に遭遇した際のストレスにどのように対処するかという絶好の教育の場にすることもできます。

Mitchell らはディブリーフィングが失敗に終わる状況を次のように述べています。

①原法をあまりにも頑なに守り、柔軟性に欠ける。何に対してもディブリーフィングを適応する。

②心理的構造を活用しない。

③逆転移の処理に失敗する。

④基本原則を守らない。

- 十分訓練されていないメンバーがディブリーフィングを行う。
- チームに精神保健の専門家を含めない。
- ピア・スタッフを十分に活用しない。
- ディブリーフィングの準備が十分にできていない。
- 実施前に方針を検討するミーティングを開かない。
- ディブリーフィング過程に従わない、大幅に変更してしまう。
- あまりにも多くの助言を与えたり、参加者との論争に陥る。
- 実施前に緊急事態について十分に把握していない。
- 親しすぎる人に対してディブリーフィングを行う。
- 緊急事態に直接関与している人がディブリーフィングを実施する。
- 個人的な問題を抱えている人がディブリーフィングを実施する。
- ディブリーフィング中に自らの感情を表現している人の言葉をさえぎる。
- 最初の説明が不十分である。
- 教育やまとめについての解説が不十分になる。
- 秘密を守るという約束を破る。
- 十分なフォローアップを行わない。
- ディブリーファーマーがディブリーフィングの限界を十分に理解していない。
万能感にあふれすぎている。
- ディブリーフィングを過小にしか使用しない、あるいは過剰に使用する。
- ディブリーフィング後にミーティングを行わない。

④ハイリスク者を把握して、フォローアップにつなげる

ポストベンションはあくまでも緊急事態に対するファースト・エイドであって、

専門的・集中的治療の代替品ではないという点を繰り返しておきます。ポストベンションでは、緊急事態を経験した後の急性反応について教育する機会であり、ある程度正常の反応に関しては適切な対処法を健康な人に教えることは可能です。

そして、最も重要な点は、ポストベンションの過程を通じて、ハイリスク者を発見し、適切なフォローアップにつなげることなのです。適切なフォローアップを行わなければ、ポストベンションは不完全です。

フォローアップにはさまざまな段階があります。たとえば、ポストベンション中に動揺を示していたものの、ある程度、正常な範囲の反応であって、時々、連絡を取り合って、その後の経過を聞くだけで十分な場合もあります。また、遺された人がきわめて重症な精神症状を示していて、ただちに精神科医療機関への紹介が必要であるといった緊急の場合もあります。

⑤現場に対する精神医学的説明、自殺予防教育

特定の個人に対する面接やグループ・ワークが終了した段階で、その職場の関係者に対して、なぜ自殺が起きてしまったのかという点について、故人のプライバシーを侵さないことに配慮しながら、精神医学の立場から解説します。

専門的な知識がない一般の人は往々にして噂や憶測に基づいて、自殺が起きた原因を誤って解釈していることがあります。流言飛語をそのまま信じていることすらめずらしくないのです。「借金があったというが、あの程度の借金で人は自ら命を絶ってしまうのだろうか」とか「上司の指導が厳しすぎた。殺されたも同然だ」などと信じていることがあります。しかし、実際には、自殺が起きた背景には明らかな精神障害がしばしば見逃されています。そこで、専門の立場から、なぜ自殺が生じたのか適切に解説することは、流言飛語が広まったり、職場での士気の低下を防いだりするのに役立つのです。

もしも、うつ病やアルコール依存症などと密接に関連して自殺が生じていると