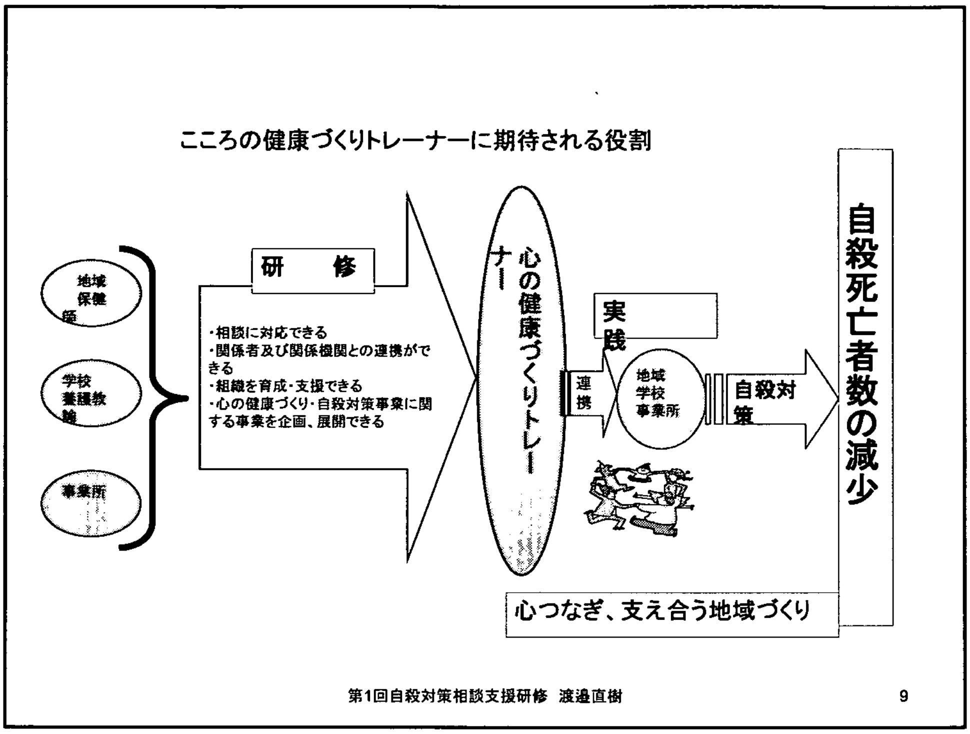


こころの健康づくりトレーナーに期待される役割
地域保健師
学校養護教諭
事業所
研　修
・相談に対応できる
・関係者及び関係機関との連携ができる
・組織を育成・支援できる
・心の健康づくり・自殺対策事業に関する事業を企画、展開できる
心の健康づくりトレーナー
連携
実践
地域
学校
事業所
自殺対策
自殺死亡者数の減少
心つなぎ、支え合う地域づくり
第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹
9

第2回 みて・きいて・
のちからでこころの

何のための相談事業か？

- 1）偏見を取り除く
- 2）気持ちを伝え合う
- 3）命の大切さのメッセージを伝える
- 4）こころに余裕をもつ

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　15

1）偏見を取り除く

- 「自殺」⇔「自死」をめぐる
- パラダイム・シフト・・・「個人の死」ではなく「社会的に追い込まれた末の死」であること、「うつ病であったこと」・「悩みを伝えてもいいのだ」ということ
- ご遺族をめぐる偏見・・・ご遺族自身・家族のメンバーによる・近隣による

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　16

2）気持ちを伝え合う

- あいさつ、声掛け・・・家庭・学校・地域・職域
- 悩みを伝える・・・男性を多くする
- 悩みを聴く・共感する・・・地域住民・学校・遺族会やつどいの主旨

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　17

3）命の大切さのメッセージ

- 身体の障害をもつ立場から・・・生きることへのこだわり・喜び
- 精神の障害をもつ立場から・・・生きづらさ
- ご遺族の立場から・・・これ以上命を失いたくない

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　18

4）こころに余裕をもつ

- 楽しむ・笑う
- 距離をおく
- 気持を整理する・とらえなおす・・・遺族のグリーフワークのプロセスとして

遺族ケアの相談事業

- 日頃の市町村保健師の保健活動から・・・地域住民への相談事業の設立（A町では783という電話相談を開設）（B町ではすべての自殺者遺族の訪問調査を町の事業として行うことを広報で伝えている）
- 心理学的剖検から・・・市町村レベルでの「遺族のつどい」の成立・市町村の保健師の調査依頼が契機となった・すでに5回のつどいを開催

遺族との出会い

- 心理学的剖検が契機・・・なんのための研究か？
- 出会いから生じる変化・・・調査者の変化（研究とは？聴くことの大切さ、共感）・被調査者の変化（懐疑的→友好的、自責的→自己受容的、想起することの大切さ、自己の体験を周囲に伝えていきたい→つどいへの参加）

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　21

数々の自死遺族との出会い

・平成１４年Aさんが「長男がひきこもって　いる」と相談に訪れる。その中で、ご主人　が自死であることを聞く。長男の大けがは　自殺未遂の結果ではないか、自死した夫に　性格が似ているし、とても心配。それから長男の家庭訪問が始まった。

・平成１７年度、県立精神保健福祉センターからの依頼で旧A町の自死遺族２例の調査（フィージビリティスタディ）に同行する。

・平成１８年度、国の遺族訪問調査事業（パイロットスタディ）に協力し、了承の得られた３例に家庭訪問する。

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　22

開催するまでの準備

- ○ 参加案内のちらし作成
- ○ 訪問した遺族に、つどい開催時の意志を確認
- ○ 訪問した遺族には個別通知
- ○ 広報やホームページに開催の掲載
- ○ 場所は人目が気にならない一軒家
- ○ 事前申し込みはとらないことにする

つどいの開催状況

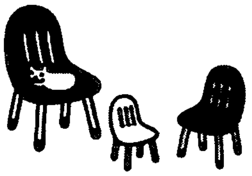
- 第１回：平成１９年２月　５家族６人参加
- 第２回：平成１９年５月　３家族３人参加
- 第３回：平成１９年７月　３家族３人参加
- 第４回：平成１９年９月　４家族５人参加
- 第５回：平成１９年１１月

6家族７人が
参加

保健師が訪問した
人がほとんど

広報をみての
参加は１人

全参加は２人



第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　24

遺族ケアの相談事業2

- 遺族ケアの全国キャラバン(H. 19. 10. 6)を契機に・・・精神保健福祉センターが窓口となった・こころの電話にての相談対応および「遺族のつどい」への参加を呼びかけた・マスコミも協力した・すでに3回のつどいを開催

第1回自殺対策相談支援研修 渡邉直樹 25

いま変わりつつあること

- 個人が変化することで地域が変化しつつあるということ:「誰にも気持ちを伝えずに自己責任を負うことがいさぎよいこと」→「自分(あの人)はうつ病かもしれない」(医療モデルによる気づき)・「誰かに自分の悩みを伝えてもいい」(生き方モデルによる気づき)
- 遺族のこころの変化:「自分(あの人)はうつ病かもしれない」・「誰かに自分の気持ちを伝えたい」→「話せてよかった」「ほっとした」「肩の荷がおりた」→「気持を伝え合っていきたい」

第1回自殺対策相談支援研修 渡邉直樹 26

未遂者ケアの相談事業

- 救命救急センター受診を契機に・・・まずは身体面の治療を行い精神科にフォローの依頼(まだまだフォローは不十分)(特に人格障害に対しては投影性同一視の問題)
- 精神科受診を契機に・・・臨床心理士によるカウンセリングの併用
- 市町村保健師の定期的な訪問を契機に・・・社会福祉協議会・消防などからの紹介から

第1回自殺対策相談支援研修 渡邉直樹　27

未遂者への対応

◉県立中央病院救命救急センター:6年間に323件、既遂例26例、後半3年間の件数増加、若年女性例、過量服薬(58%その中の73%は医師の処方による)や反復企図、精神科受診歴は28%(斉藤文男他:当院救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態. 青県病誌、50(105-113,2005)

◉市町村の保健師・・・自殺未遂後生活保護をうけた事例の定期的な家庭訪問、リストカット若年女性の家庭訪問と精神科へのつなぎ、自殺未遂による育児不能の母親への家庭訪問→家族・兄弟と連絡をとりながらの対応、産後うつの事例への対応など。依頼元は社会福祉事務所や保健所・消防署・保健協力員や民生委員・社会福祉協議会などから

第1回自殺対策相談支援研修 渡邉直樹　28

再企図予防の資源としての家族

- 自殺未遂者に対する治療のポイント
  1. 救急医療施設から引き続き精神科入院治療を行う
  2. 精神障害に対する適切な薬物治療
  3. 適切な方法で問題を処理できる能力を身につけられるように働きかける精神療法
  4. 危機的状況に対しその対応の仕方を患者、家族と話し合っておく
  5. 継続した精神科治療が受けられるように周囲のサポートを強化する
  6. 外来治療と入院治療の連携をスムーズにする

鈴木博子　自殺未遂者の再自殺予防　こころの臨床23, 55-59.

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　29

まとめ

- キーパーソンは地域の保健師である
- 保健師が相談事業について企画立案・連携・予算化を行う
- 保健所・精神保健福祉センター・都道府県が後方支援
- 消費生活センター・弁護士会・司法書士会・商工会・JA・労働局・労働基準協会・産業保健推進センターなど金融・労働関係団体の後方支援

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　30

まとめ2

- 学校の養護教諭や事業所の産業保健師や看護師がキーパーソンとなる可能性も
- 学校・教育委員会・教育センター・各産業団体が後方支援
- →相談体制の広がりと重層化
- 事後対応（3次予防）は事前予防（1次予防）である・・・求めるもの（こころつなぎ、支えあう）は同じ

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　31

わたしたちのゴールはなにか？

- 自殺者が減ればいいのか？→引き続きつらい生活状況が続いているのであれば意味がないのでは？
- 安全で安心できるコミュニテイ（共同社会）の実現→互いの気持ちを伝え合うことができる、互いを尊重できる、楽しめる、笑える人間関係の実現・互いに支えあうことのできる、つながりあう関係性の実現

第1回自殺対策相談支援研修　渡邉直樹　32

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

希死念慮者へのメッセージに関する研究

分担研究者　川野健治　国立精神・神経センター 精神保健研究所
自殺予防総合対策センター室長（社会精神保健部室長併任）

研究要旨：本研究は医師が一般診療場面において希死念慮を有した患者にどのようなメッセージを呈しているのかを探索的に検討することを通じ、医師の自殺予防に対する説明モデルを明らかにしようとしたものである。***方法***：希死念慮者への医師の対応に関する調査において、これまで死にたいと述べる患者に自殺をとどまるようにメッセージを伝えた経験があると回答した 166 名の医師の自由記述を対象に、テキストマイニングの手法を用いて分析を行った。***結果***：頻繁に用いられる言葉が同定され、また対応分析により「共感的理解と告白」、「精神科への相談」、「病気の診断と回復の見通し」、「自殺しない約束」、「生の価値と他者への配慮」の 5 つのクラスターが確認された。

研究協力者氏名　所属施設名及び職名

川島大輔　国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部リサーチ・レジデント

A．研究目的

現在の自殺対策の動向として、自殺予防における抗うつ薬の効果については引き続き検討が必要であると報告されており（Mann, Apter, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas, Hegerl, Lonnqvist, Malone, Marusic, Mehlum, Patton, Phillips, Rutz, Rihmer, Schmidtke, Shaffer, Silverman, Takahashi, Varnik, Wasserman, Yip & Hendin, 2005）、さらに精神障害と自殺の関連について世界各国の報告をレビューしたベルトローテらも、気分障害と自殺との関連を認めつつも、うつ病の同定と治療にのみもっぱら焦点化してきた、これまでの自殺防止戦略は再検討が必要であると指摘している（Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Wasserman, 2004）。しかし自殺既遂者の約 9 割以上が何らかの精神障害を有していると報告されていることも事実であり（e.g., Bertolote, et al, 2004）、わが国においても自殺既遂者における高い精神障害罹患率、とくにうつ病との関連が同様に報告されている（e.g., 飛鳥井, 1994; 張, 1996）。したがって自殺対策においては、医療モデルのみでは不十分であることを認めつつも、医療機関において対処可能な範囲からの取り組みが必要であるといえる（角丸・井上・篠崎・西山, 2006; 河西・大塚・松本・川野・三宅・有賀・伊藤, 2007）。

さらに自殺念慮はすべて希死念慮から始まり、また自殺行動は全ての自殺念慮から移行すると

すれば（張, 2006）、もっとも重視すべきは未遂後の専門的な救急対応というよりもむしろ、一般診療の場面において希死念慮を抱く患者[1]に対し、自殺企図前に自殺を思いとどまるよう何らかの対応を行うことであろう。

ところで一般診療場面における希死念慮者への医師の関わりについて、いくつかの原則や対応が提示されているが（e.g., Shneidman, 1993 高橋訳 2005; 高橋, 2006）、実際の対応は医師が持つ生物医学的知識やこれまでの臨床現場での経験等によって構成された、希死念慮を引き起こす苦しみや自殺についての明示的あるいは暗黙の認識に依存するものである。この認識はまさしく Kleinman（1988 江口・五木田・上野訳 1996）が「説明モデル（explanatory model）」と名付けたものに他ならず、自らの説明モデルを効果的に伝えるためには医師自身の説明モデルの基礎にある関心や先入観、情動などを内省的に解釈する機会を得ることがとくに重要であるとすれば（Kleinman, 1988 江口・五木田・上野訳 1996）、一般診療場面における希死念慮者への対応に関しても、まずその背景にある医師の自殺予防に対する説明モデルの構造的特徴が探求されなければならない。

以上より本研究では、わが国の一般診療場面において医師が希死念慮者に対し、自殺を思いとどまるよう投げかけたメッセージについて探索的に分析を行うことで、具体的な言葉がけの背後にある医師の自殺予防への説明モデルの構造的特徴を明らかにする。

[1] 精神医療分野における近年の動向からすれば、能動的に医療を選択し利用する「ユーザー」の語句が用いられるべきかもしれないが、ここでは平易な表現である「患者」に統一する。

B．研究方法

2006年8月までに把握した精神科病床を有する1600病院のうち無作為に抽出した約500病院に対し、調査を依頼した。なお本研究ではとくに普段希死念慮を持つ患者に接する機会が多い、一般病院における内科、救急診療科、そして精神科神経科の医師を対象とする。各病院へは各専門の医長（あるいは副医長）各1名、計3名に対し調査票を配布し、回答を求めた。調査票は郵送で回収され、最終的に302名（内科70名、救急診療科75名、精神科神経科155名）からの回答を得た（回収率=20.1%）。

本研究では希死念慮者への対応に関する調査で得られたデータのうち、とくに希死念慮者へのメッセージの内容に関する要因を分析の対象とする。すなわち患者が「死にたい」と述べたときに、「自殺をとどまる」ようにメッセージを伝えたことがあると答えた医師の、メッセージ内容についての自由記述回答である。

さらにメッセージの記述以外の内容、たとえば精神科紹介等の具体的対応についての記述を除く作業を行なったため、最終的な分析対象者数は166名（内科19名、救急診療科21名、精神科神経科126名）となった。希死念慮者に対するメッセージから、その背後にある説明モデルの構造的特徴および患者の属性との関連を探索的に明らかにするには、テキストマイニング手法による分析が最適であると判断し、本研究ではWord Miner（日本電子計算株式会社）を用いて分析を行い、252種類の構成要素を抽出した。さらに得られた構成要素から説明モデルの構造を把握するため、構成要素のうち頻度

10以上のものを対象に対応分析を実施した結果、抽出された15成分の累積寄与率は65.94%であった。同時に、対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を行い、5つのクラスターを抽出した。

（倫理面への配慮）

本研究は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認（平成18年11月17日）を得て実施された。

C．研究結果

分かち書き（文章の言葉と言葉を半角空白で区切ること）の後抽出された構成要素は877種類、句読点、助詞、特殊記号および削除辞書に該当する語を除いた後は490種類、同一語の置換を行った後には252種類であった。もっとも出現頻度の高かったものはサンプル数40で構成要素数52、すなわち40名の対象者において52回出現している「気持ち」であった。

また対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を実施した結果、医師が希死念慮者に呈するメッセージからFigure1に示すように「共感的理解と告白」、「精神科への相談」、「病気の診断と回復の見通し」、「自殺しない約束」、「生の価値と他者への配慮」の5つのクラスターが確認された。布置状況から、クラスター1では大きく2つの固まり、つまり「気持ち」「死にたい」といった希死念慮に関係する構成要素と「思う」「欲しい」などの医師の意向に関連する構成要素などからなる固まりと、「死ぬ」「あなた」「辛い」「一緒」など患者の苦しみに対する共感を示唆する固まりが見られた。またこれらの固まりからやや距離を置いて、「話す」「状況」「家族」などが布置されていた。これらの布置状況および自由記述内容から、クラスター1を「共感的理解と告白」と名付けた。またクラスター2では、「受診」「相談」という具体的な行動を示す構成要素が見られた。ただしこれらの構成要素そのものからの情報では解釈が難しいことから、自由記述を確認したところ、たとえば「精神科の先生にも相談にのってもらうよう家族と受診してみてはいかがですか。」など、精神科への受診や相談を促す内容が多かったことから、クラスター2を「精神科への相談」と名付けた。クラスター3では、「うつ」を中心に「気分」「症状」「病」といった病状と肯定的変化を示す構成要素と、「必ず」「薬」「改善」といった治療の見通しに関連する

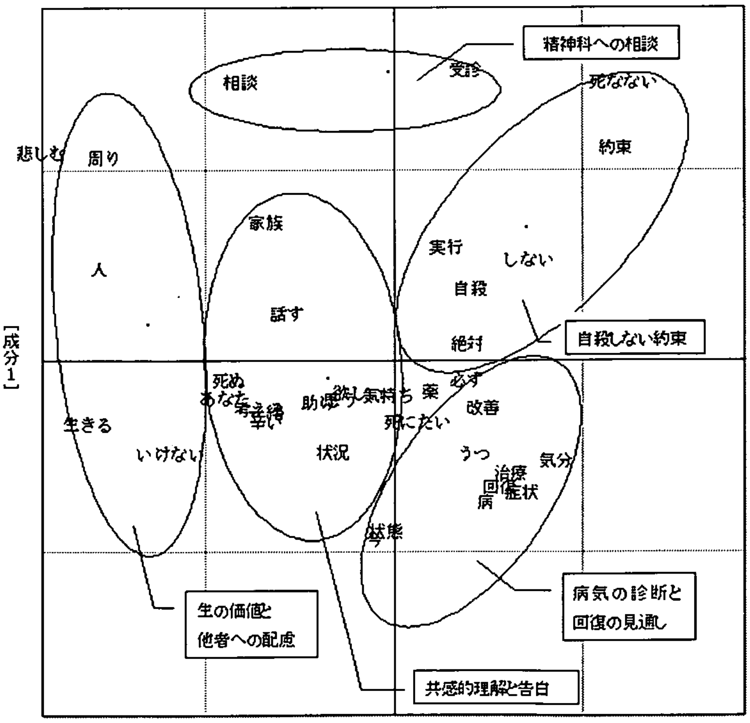


Figure1　構成要素クラスター分析の結果

注　成分1：　固有値0.516，寄与率7.41，累積寄与率7.41，成分2：　固有値0.414，寄与率5.94，累積寄与率13.35

構成要素の固まりが見られた。そしてこの固まりとやや距離を置いて「今」「状態」が布置されていたことから、「病気の診断と回復の見通し」と名付けた。クラスター4では、大きく「死なない」「約束」からなる固まりと、「自殺」「実行」「しない」「絶対」といった強い説得を示す固まりが見られたことから「自殺しない約束」と名付けた。クラスター5では、「悲しむ」「周り」といった周囲の反応を示す構成要素の固まりと、「生きる」「いけない」といった生きることの価値あるいは意味に関連する構成要素の固まりが、「人」を挟んで布置されていたことから、「生の価値と他者への配慮」と名付けた。

D．考察

分かち書きによる分析の結果、希死念慮を持つ患者への言葉がけにおいて医師がもっとも頻繁に用いる語は「気持ち」であった。ここから本研究の対象者は、患者の苦しい気持ちに言及することが、自殺を思いとどまらせるためにもっとも重要であると認識していることがうかがえる。

対応分析の結果、自殺予防に対する医師の説明モデルは5つの構造的特徴を持つことが明らかとなった。とくに「共感的理解と告白」について、たとえば高橋（2005）は希死念慮・自殺企図のある患者に対する働きかけとして患者の深刻な状況を理解しようとする態度を常に示すことが重要であると述べているが、本研究の対象者の説明モデルの構造から、その重要性が認識されている可能性が示唆された。また家族への相談を促すものでもあるこの認識は、家族が自殺を抑止する上で重要な資源となりうること（黒木，2005；張，2004）を考慮した適切なものといえる。また以前より自殺の再企図防止に有効であるとされてきた「自殺しない約束」を交わすことが、本研究の結果からも確認された。一方で、希死念慮者や自殺未遂者への対応の原則を考えれば、「生の価値と他者への配慮」という説教的な説明モデルは適切な認識とは言い難い。とくにこの認識に見られるような特定の人生哲学に傾倒しているものほど、うわべだけの安心を与えようとする危険性が高いことから（Neimeyer & Pfeiffer, 1994）、こうした認識の省察が必要である。

E．結論

本研究の成果は自殺念慮者・希死念慮者へのケアの現場における医師の自殺予防に対する認識を省察する上での基礎的資料となることで、自殺対策に資するものである。

ただし実践的観点からすれば、より重要なものはこれら医師の説明モデルと患者の説明モデルとの間でどのように折り合いをつけていくのかという問題である。したがって今後は患者自身の病いの語りからその説明モデルを明らかにすること、そして医師とのコミュニケーションを通じてどのような取り決めを行っていくのかという相互の発達プロセスについても明らかにしていくことが必要である。

F．健康危険情報　なし

G．研究発表

1．論文発表　投稿中

2．学会発表

Kawashima, D., Koyama, T., Kawano, K., & Ito, H. An explanatory model of physicians for suicide prevention: analysis of

physicians' statements made to suicidal patients. *29th International Congress of Psychology.* (Berlin, Germany). (7. 2008). (準備中)

H. 知的財産権の出願・登録状況　なし

I. 参考・引用文献

飛鳥井望 (1994). 自殺の危険因子としての精神障害――生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討―― 精神神経学雑誌, 96, 415-443.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention,* 25, 147-155

張　賢徳 (1996). 自殺研究における多数例研究の意義　精神医学, 38, 477-484.

張　賢徳 (2004). 自殺遂行時の思い――未遂者へのインタビューから――　こころの臨床 a la carte, 23, 47-50.

張　賢徳 (2006). 精神科医からのメッセージ　人はなぜ自殺するのか――心理学的剖検調査から見えてくるもの――　勉誠出版

河西千秋・大塚耕太朗・松本俊彦・川野健治・三宅康史・有賀徹・伊藤弘人 (2007). 自殺未遂者ケアのためのガイドラインの作成――その背景と課題――　伊藤弘人　自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究　厚生労働科学研究費補助金　こころの健康科学研究事業　平成18年度総括・分担研究報告書　pp. 85-101.

角丸歩・井上健・篠崎和弘・西山等 (2006). 自殺企図歴があるうつ病患者の死観および病前性格　臨床教育心理学研究, 32, 15-28.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition.* New York: Basic Books. (クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野清隆訳 (1996). 病の語り――慢性の病をめぐる臨床人類学――　誠信書房)

黒木宣夫 (2005). 自殺念慮者への危機介入　外来精神医療, 4, 6-10.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA,* 294, 2064-2074.

Neimeyer, R. A., & Pfeiffer, A. M. (1994). The ten most common errors of suicide interventionists. In A. A. Leenaars, J. T. Maltsberger, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Treatment of suicidal people.* Philadelphia: Taylor & Francis. pp. 207-224.

Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Jason Aronson. (シュナイドマン, E. S. 高橋祥友 (訳) (2005). シュナイドマンの自殺学――自己破壊行動に対する臨床的アプローチ――　金剛出版)

高橋祥友　(2005). 希死念慮・自殺企図のある患者に対する説明　精神科臨床サービス, 5, 536-540.

高橋祥友　(2006). 自殺の危険――臨床的評価と危機介入(新訂増補版)――　金剛出版

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

自殺未遂者のケアに関する研究：
自殺未遂者ケアのためのガイドライン指針の作成

分担研究者　河西千秋　横浜市立大学　医学部精神医学教室　准教授

研究要旨：自殺対策基本法と自殺総合対策大綱を踏まえて、わが国の自殺対策があらたに動き始めた。大綱に明示されている当面の課題の中に、自殺未遂者ケアがある。本研究では、自殺未遂者と自殺念慮をもつ人のためのケアと支援のためのガイドラインを作成するための指針（以下、ガイドライン指針）の作成を目的に行われた。***方法***：ガイドライン指針（案）の作成に際しては、高度救命救急センターにおける重症自殺未遂者の実態、国内外のさまざまな自殺予防のためのガイドラインや手引書等を参考にし、また、専門家や相談従事者からのヒアリングを行い、このガイドライン指針（案）に反映させた。ガイドライン指針（案）は、英語版も作成した。***結果***：このガイドライン指針（案）で特に焦点を当てたのは、今後作成されるガイドラインのすべてが押えるべき要点として、相談従事者が自殺企図者ないしは自殺念慮をもつ人、そして自殺企図行動について理解すべき基本的な知識、そして従事者の取るべき態度と対応の基本であった。また、ガイドラインが効果的に活用されるための要素として、さまざまな領域での精神保健の促進について言及した。***考察***：今後、このガイドライン指針（案）を元に、自殺未遂者、および自殺念慮をもつ人のための実践的なガイドラインがさまざまな領域で作成されることが望まれる。

研究協力者氏名　所属施設名及び職名

佐藤玲子　横浜市立大学医学部精神医学教室医師
山田朋樹　横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター　助教
松本俊彦　国立精神・神経センター精神保健研究所　自殺予防総合対策センター室長(精神保健計画部室長併任)

A．研究目的

1998 年以降のわが国の自殺の激増とその後の高留まりという深刻な状況を受け、2006 年に自殺対策基本法が成立し、2007 年に自殺総合対策大綱が発表された。自殺対策基本法の条文には、「自殺未遂者に対する適切な支援」の必要性が述べられている。また、自殺総合対策大綱の中には、「自殺未遂者、遺族の実態及び支援方策についての調査の推進」が掲げられ、「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」の項の中で「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」が課題として述べられている。

すでに先行研究により、自殺未遂が強力な自殺の危険予測因子のひとつであることが明らかにされており（Moscicki, 1997; Isometsa ら,

1998; Owen ら, 2002)、自殺未遂者ケア・支援が自殺予防の重要な鍵となる。世界保健機関（World Health Organization, WHO）は、このような考え方に基づき、希死念慮をもつ個人への介入手法や自殺未遂者への標準的介入研究を提唱している（WHO-SUPRE : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/）。

本研究では、わが国の自殺未遂者ケアを促進するために必須の自殺未遂者ケアのためのガイドライン作成指針の試案の作成を目的とした。自殺未遂者ケアを実施するためには、信頼性の高いガイドラインを作成する必要がある。しかし、自殺未遂者は多様であり、そのすべてに対して万能のガイドラインというものはそもそも存在し得ない。そこで、わが国全体における自殺未遂者ケアの状況ないしは自殺予防対策の状況を鑑みて、まず本研究において自殺未遂者ケアガイドラインを作成するための指針（以下、ガイドライン指針）を作成することとした。ガイドライン指針を基にして、今後、「自殺未遂者ケア従事者のためのガイドライン」、「救急医療従事者のためのガイドライン」、「学校におけるガイドライン」などといった、さまざまなガイドラインが、それぞれの現場の実態に合わせて、それぞれの領域の専門家の参加を得て作成されることが望ましい。

なお、自殺予防の要点を踏まえた上で、ガイドライン指針（案）は、自殺未遂者のみを対象にするのではなく、「自殺念慮を有する個人」も併せて対象であると考え作成された。

B．研究方法

研究班においてワーキング・グループを組織し、次の研究を行った。

1．自殺未遂者の実態を調査

都市部の高度救命救急センターにおける自殺未遂者の人口疫学統計データをまとめるとともに、これらの患者の救命救急センター退院後の精神科受療率と予後調査の結果の一部をまとめた。

2．国外の自殺未遂者・自殺念慮をもつ人へのケアのガイドライン等の調査

ガイドライン指針、ないしはガイドラインに必要な要素を探るために、海外（英語圏）のガイドラインの調査を行ったが、今回作成されるガイドライン指針が、さまざまな領域の相談従事者に向けたものであることを鑑み、調査の対象とする資料は、インターネット上で入手可能で自殺念慮者の周囲にいる人が使用できるものとした。そして、多くの資料の中から、質・量ともに十分な内容をもち、特に優れたものに絞り、下記の4つについて内容を検討した。

1）“SUPRE publications”: World Health Organization（以下、WHO）が作成；日本語版を河西らが訳出

2）“Self-harm Treatment Guide for Consumers and Carers”: オーストラリア版、ニュージーランド版、The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatry が作成

3）“Understanding and helping the suicidal person”: American Association of Suicidology が作成

4）“After an Attempt – A Guide for Taking Care of Your Family member After Treatment in the Emergency Department”: