

U.S. Department of Health and Human Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration が作成

3. ガイドライン指針（案）の初稿の作成とヒアリング、改訂版の作成

未遂者ケア／相談従事者、当事者、自殺対策専門家等から 2 回のヒアリングを行った。そしてこれをふまえてガイドライン指針の改訂版を作成した。

- i) 第 1 回ヒアリング対象者：大高明子（千葉県救急医療センター）、大塚耕太郎（岩手医科大学）、小山達也（東京女子医大）、佐原まち子（東京医科歯科大学医学部附属病院）、名取みぎわ（横浜市立大学）、西典子（横浜市立大学）、本間正人（災害医療センター）、安田美佳（北里大学病院）、吉田葉子（前橋赤十字病院）
- ii) 第 2 回ヒアリング対象者：明田久美子（川崎市健康福祉局）、大野恵美（あんだんて）、熊切真美（川崎市健康福祉局）、清水新二（奈良女子大）、田代正美（青い空の会）、田村毅（東京学芸大学）、波田野房江（相模原市保健所）、福岡麻実（藤沢保健所保健予防課）、渡辺直樹（青森県立精神保健福祉センター）

4. ガイドライン指針（案）改訂版の英文化と、これに対する海外の自殺予防対策専門家からのヒアリング

スウェーデン・国立自殺予防研・精神保健センター（Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention av Psykisk

Ohälsa；英文表記 National Center for Suicide Prevention of Mental Ill - Health、以下、NASP）において、同センター所長であり、スウェーデンの自殺対策に主たる関わりをもつ Danuta Wasserman 教授からヒアリングを行った。

NASP は、ストックホルム行政府と、カロリンスカ研究所・社会精神医学研究部門とのジョイントにより 1994 年に設立された。NASP の役割は、国内の自殺に関するモニタリング、自殺予防に関する情報発信と教育・啓発、予防対策の策定と研究推進、と定義されており、自殺予防に関するありとあらゆる業務を担っている。しかしその活動は国内に留まることなく、1997 年以降、世界保健機構（WHO）の協力施設として活動し、WHO が推奨する自殺予防プログラムの策定作業にも積極的に関与し、欧州における WHO の自殺予防事業にも中心的な役割を果たしている。この他、バルト海対岸のエストニアの自殺予防機関との共同事業を始め、さまざまな活動を展開している。

センター長の Wasserman 教授は、非常に精力的にこれらの業務を執り行っているが、NASP の関与するすべての領域に深い洞察力をもち、彼女自身、卓抜した研究者である。2003 年に開かれた第 22 回 IASP 総会では会長を務め、また自殺予防に関連する多くの学術誌の編集に携っている。

ヒアリングに際しては、上記 3 のヒアリングの結果をもとに作成されたガイドライン指針試案改訂版の英文化を行い、これを Wasserman 教授に送付し、そして、分担研究者の河西、川野がスウェーデン・ストックホルムを訪問し、2008 年 1 月 17 日に同センターにおいてヒアリングを行った。

C. 研究結果

1. 都市部の救命救急センターにおける自殺未遂者の実態調査

1) 高度救命救急センターを受療する重症自殺未遂者に見られる社会人口疫学的特性

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では、市民総合医療センター・精神医療センター、医学部精神異学教室との協調により、平成15年から高度救命救急センターを受療する重症自殺未遂者のケアを実施してきた。現在、2名の精神科医が常勤勤務し、ほぼすべての自殺企図患者及びその家族への介入を行っている。その内容は、自殺企図直後からの心理的危機介入、精神医学的評価と精神治療の導入（心理教育、精神療法、薬物治療）、心理社会的評価とソーシャル・ワークの導入である（山田ら、2005；河西，2007；河西ら，印刷中）。

2003年4月から2007年8月の期間に、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に入院した重症自殺未遂者患者564人の内訳は、男性が41.2%、女性が58.8%、自殺企図手段（主手段）は、医薬品の過量内服が47.8%と最も多く、投身（14.9%）、刃器によるもの（13.9%）、服毒（6.2%）と続いた。最も多い自殺企図動機は「病気・身体問題」であり、次いで家庭問題、対人関係の問題、金銭問題であった（表1）。

次に、リスク要因を見ると、単身者の割合は20%、同居者ありは73.5%、不明が6.5%であった。過去1年以内の死別・離別の経験者が18.5%であった。全例について精神科診断（DSM-IV）を試みたが、その結果を表2に示した。最も多い診断は気分障害で22%、次いで、適応

障害（16%）と統合失調症（16%）、物質関連障害（11%）が続く。DSM-IVのI軸疾患を有する患者は不明者の存在を考慮しても少なくとも全体の76%に認めた。

患者の自殺企図動機について調べた結果は表2にまとめたが、健康問題が、21.9%と最も多かった。

自殺企図の再発については、自殺企図が初回であったものは48.1%、2回目以上が41.8%、不明が10%であった。また、2003年4月から2005年9月までのデータに関して解析を行ったところ、過去の自殺企図と過去の医薬品の過量内服歴は、有意に女性に多かった。また、40歳・50歳代の中老年男性を抽出して解析したところ、この群では、比較的学歴水準が高く（高校卒業かもしくはそれ以上；有意傾向）、比較的高致死性の自殺企図手段を選ぶものが多く（中老年男性全体の79%）、気分障害の罹患率が高く（37%；有意傾向）、有意に精神科受療率が低い（53%）ことが分かった。

2) 介入を実施した重症自殺未遂者の予後調査と受療率

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に、精神科医が常勤勤務し、ケース・マネジメントが全例に実施されてから以降に搬送された重症自殺未遂者の予後について、調査を行った。

対象者は平成17年4月から18年3月の期間、高度救命救急センターに搬送された自殺企図者144名（男性58名、女性86名）のうち、同意が得られた115人に退院後299日（平均；±100日）の時点で予後を調査した。さらに、同意の得られた83人に退院後638日（±97日）の時点で2度目の予後調査を行った。

調査の結果、自殺再企図は一度目の調査で5名に認め、うち2人が完遂していた。2度目の調査では累計（1、2度目の積算）で自殺再企図は9名に認め、既遂者は累計（1、2度目の積算）で4名に認めた。精神科受療率は、一度目、2度目ともに66%であった（Nakagawaら、投稿中）。

2. 国内外の自殺未遂者・自殺念慮をもつ人へのケアのガイドライン等の調査

1) “SUPRE publications”：WHOが作成。

http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/index.html

WHOが、世界から研究者を多数収集して作成した、自殺予防の手引きのいわば、“Gold standards”である。これは、全8巻から構成されている：i) プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き、ii) 自殺予防：教師と学校関係者のための手引き、iii) メディア関係者のための手引き、iv) プライマリ・ケア医のための手引き、v) 職場のための自殺予防の手引き、vi) カウンセラーのための手引き、vii) 刑務官のための手引き、viii) 遺された人たちのための自助グループの始めかた。

これらの手引き書には、自殺行動、自殺企図者に関する知識とこれらの行動、当事者を理解するためのエッセンスが、洩れなく書かれており、本研究でヒアリングを行った、スウェーデン・国立自殺予防研・精神保健センター所長のWasserman教授曰く、“自殺予防のバイブル”とされるものである。なお、この日本語版は河西らがWHOから翻訳権を得て訳出している。

2) “Self-harm Treatment Guide for Consumers

and Carers”：オーストラリア版、ニュージージーランド版、The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatryが作成。

<http://www.ranzcp.org/publicarea/cpg.asp#consumer>

自殺念慮者だけではなく、自殺念慮をもたない習慣的自傷者も念頭においたケアガイドブックであり、どちらかという当事者本人が利用することを想定して書かれている。しかし、自傷についての疫学や自傷をする人の心理など、自傷についての理解を深めることが可能で、当事者の周囲にいる人が援助をする際にも役立つ内容となっている。

文献レビューによるエビデンスに基づいて書かれているのも特徴で、同じプロジェクトチームによる医療従事者向けの自傷者の診療ガイドラインも存在する。

内容は以下のように構成されている。

i) 序論（自傷についての概説、疫学、自傷が起こる要因、自傷は他人の気を引くためにされるものなのでしょうか？）

ii) なぜ助けを求めるべきなのでしょうか？（専門家の助けを得るには？救急センターに行ったらどうなるのでしょうか？病院では精神保健専門家を探す手伝いをしてくれますか？治療の費用はどれくらいかかりますか？）

iii) 治療はどのくらい効果があるのですか？（治療の目標、薬物療法・精神療法について、推奨されない治療、他にどのようなことが助けになりますか？）

iv) 資料（緊急時に相談ができる団体の電話番号、自傷について役立つウェブサイト、自傷からの回復に役立つ本）等

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

<http://www.suicidology.org/associations/1045/files/Understanding.pdf>

American Association of Suicidology のウェブサイト上に置かれているコンテンツで、自殺のサイン、自殺者が陥りやすい感情を簡潔に説明し、自殺念慮者と接する際にとるべき態度が具体的に記載されている（自殺について隠さずに、感情的にならずに話題にすること、自殺が正しいか間違っているかを議論せず、批判的にならないように努めること、関心や共感の気持ちを示すこと、等）。自殺の疫学についても簡単ではあるが記載されている。

内容は以下のように構成されている。

- i) 自殺の危険信号に気づくこと
- ii) 自殺の現状について知ること
- iii) 自殺の危機が迫った人に対して役立つ態度
- iv) 自殺念慮を持つ人の感情や考え、行動を知ること
- v) 相談ができる場所等

4) “After an Attempt - A Guide for Taking Care of Your Family member After Treatment in the Emergency Department” : U. S. Department of Health and Human Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration が作成。

<http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SVP-0159/>

自殺未遂者が救急センターを受診した直後のケアに焦点を当てて書かれたリーフレットで、救命センター後の治療や援助の計画を立てる上

で、家族の情報や役割が重要であることが強調されている。どんな情報を提供すべきか、周囲の人がどのようなことをすべきかが、非常に具体的に記載されている。ただし、長期的なケアについての記載はあまりされていないほか、自殺未遂者の心理状態や疫学については書かれておらず、巻末の情報源に当たらなければならない。

家族向けのもののほか、自殺未遂者本人向けのもの、救急センターの医療スタッフ向けのガイドもある。

内容は以下のように構成されている。

- i) 救急センターでは何が起こるのでしょうか？
- ii) 救急センターのスタッフが知っておく必要があること：あなたが協力できること
- iii) 救急センターのあとの次のステップ
- iv) あなたが知っておく必要のあること
- v) 前へ進む
- vi) ヘルプラインや自殺・精神障害についての情報等

3. ガイドライン指針（案）の初稿の作成とヒアリング、改訂版の作成

ガイドライン指針（案）初稿について、未遂者ケア／相談従事者、当事者、自殺対策専門家等からのヒアリングを行った。

ヒアリング対象者とともに、自殺の危険因子としての自殺未遂、自殺関連行動のさまざまな表現型、自殺未遂者ケアのあり方などを確認する中で、対象者から自殺未遂者、あるいは自殺念慮者対応の経験、ガイドライン指針試案への意見等を収集した。その中で、相談対応をする際の方法論に関する難しさや、心理的困難性（責

任の重さ、免責性に関する疑問、対象者に対する転移感情の問題）が聞かれ、また、個々に困難事例が挙げられ、学習の重要性が話し合われた。

相談従事者やケア提供者自身のセルフ・ケアや、サポート／ケア・システムに必要性も挙げられた。他に、相談従事者やケア提供者の現況での多忙について話が及び、自殺対策事業の負荷の大きさについても意見が出された。

自殺未遂者および自殺念慮者の対応については、具体的（実践的）に記載すべきではないだろうかという意見と、具体性は個別のガイドラインに委ね、相談従事者としての基本的なコンセプトを重視するべきではないかという意見があった。一方で、救命救急医療部門のような部署では、激務の中でも的確に着実に未遂者を評価し、マネジメントすることができるようなガイドラインが必要であるという意見が聞かれた。

また、「すべての自殺は予防できる」というスローガン自体が、自死遺族にとっての重圧となる」、「遺族も未遂者家族も一様ではない」、そして「重篤な症状で高度医慮を継続する間の心理的、経済的困難は甚大なものがある」という意見もあり、当事者の家族のあり様はさまざまであり、そこに配慮する必要があるという意見が聞かれた。

4. ガイドライン指針案の改訂版作成とその英文化

ガイドライン指針（案）を、Appendix 1 に添付し、その英語版を Appendix 2 に添付した。

ガイドラインは、I. はじめに；II. 今後、必要とされるガイドライン；III. 自殺と自殺未遂、自傷行為の関連；IV. 自殺未遂者、自殺念

慮をもつ人、そして家族の実態；V. 自殺の危険因子と、自殺念慮をもつ人、および自殺未遂者の心理；VI. 自殺行動を制御する保護因子；VII. 自殺未遂者と自殺念慮をもつ人への対応；VIII. 自殺念慮の確認と危険度の評価；IX. 社会資源ないしはケアの導入；X. 精神保健対策の推進；XI. 他の要点；XII. まとめ、の以上12項から構成されている。

Iには、ガイドライン指針の背景と目的が書かれている。IIには、今後、目指すべき12領域のガイドラインを提案した。IIIには、自殺と自殺未遂、自傷行為の密接な関連性について、IVには見落とされがちな自殺未遂者、自殺念慮をもつ人の家族への支援という観点について言及した。IV-VIには自殺未遂者、自殺念慮をもつひとの実像について解説をし、VII-IXでは、それらの人々への対応の基本について述べ、ガイドライン作成時の基本的コンセプトとして掲げた。XとXIでは、ガイドラインが活用されるために必要な条件を述べ、XIでは作成されたガイドラインの配布方法や、その見直し、そもそも、自殺と自殺関連行動に関する調査・研究が重要であるということを付記した。

5. スウェーデン・自殺予防・精神保健研究センター所長、Wasserman 教授からのヒアリング

ガイドライン指針（案）改訂版英語版（Appendix 2）に対して Wasserman 教授からコメントを得た。

まず Wasserman 教授から、「総じて、同試案改訂版は必要事項をよく網羅し、かつ心理学的に不可欠の要素を含んだ優れたものである」との評価を得た。その上で、このガイドライン指針

をもとに行われる、各領域のガイドライン作成の段取りやそのアップデート作業の必要性、今後実施されるべき調査・研究について多くのコメントを得た。

第Ⅱ項の、「今後、必要とされるガイドライン」に関しては、当事者の属性ごとにケアの内容が異なる部分があるので、実際にガイドラインを作成する際には、児童・青年、成人、老年期などに分けてガイドラインが作成されるべきであること、また、領域ごとに複数の専門家（7-8名）が委員会を構成し、1年間の期間を設けてガイドラインを作成するというのが望ましいあり方ではないかと、Wasserman 教授は話した。また、ガイドライン作成に付随して、ガイドラインを利用するユーザーの未遂者に対する意識や態度を研究し、あわせてこれらのユーザー（ゲート・キーパー、ケアの提供者、相談従事者など）の教育プログラムを開発する必要があると話した。また、プライマリー・ケア医については、診療に際してすぐに利用できるようなマテリアルの開発（例えば、ITによる情報提供）が有効ではないかとのことであった。

第Ⅲ項の、「自殺と自殺未遂、自傷行為の関連」については、この領域が国際的に研究者間で最も注目されている部分であること、そして、特に今後、調査・研究が必要であることが述べられた。故意の非致命的自傷行為、自殺未遂など、カテゴリーを定義し、仮に分類をし、そして横断的にも、縦断的にも詳しく調査・研究を行うことが、日本において今後、必須であると述べた。

第Ⅳ項の「自殺未遂者、自殺念慮をもつ人、そして家族の実態」、第Ⅴ項の「自殺の危険因子と、自殺念慮をもつ人、および自殺未遂者の心理」、第Ⅵ項の「自殺行動を制御する保護因子；

Ⅶ. 自殺未遂者と自殺念慮をもつ人への対応」、そして第Ⅷ項の「自殺念慮の確認と危険度の評価」を通して、未遂者および自殺念慮者の心理と、表出、そしてゲート・キーパーあるいはケアの提供者、相談従事者などがこれらの表出をどう受けとめるかという点が肝要あり、未遂者や自殺念慮を有する人の対応、そして追跡において、何をどう評価していくのかというところと関連し、特に重要であるとのことであった。

第Ⅸ項の「社会資源ないしはケアの導入」、第Ⅹ項の「精神保健対策の推進」については、社会資源（これには家族も含まれる）、地域の「パブリック・メンタルヘルス」の充実、精神科医療の補強、補完が重要であると強調した。特に、自殺未遂者、自殺念慮を有する人に対しては心理学的なサポートが肝要であり、薬物療法を中心とする狭義の精神科医療を、ソーシャル・ワーカー、心理士といったコメディカルによって補強する必要があると述べた。しうるようなシステムの重要性について言及された。

D. 考察

本研究の主たる目的は、ガイドライン指針の作成であったが、その作成段階で得られたデータも含めて、考察する。

1. 都市部の高度救命救急センターにおける自殺未遂者の実態と予後調査について

昨年度の当研究班の報告書に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における重症自殺未遂者の実態調査のデータを掲載したが、さらに今年度は、その後1年間で得られたデータを追加し、提示した。2007年8月までに得られた564人のデータを見る

と、重症自殺未遂者の76%にDSM-IVのI軸診断に該当する精神疾患を認め、自殺企図行動における精神疾患の関与の大きさがあらためて確認された(Cavabaghら, 2003; Bertoloteら, 2004)。

今回は、自殺未遂歴の有無を調査したが、2回以上繰り返していたものが少なくとも41.8%にのぼっていた。自殺未遂が最も強力な自殺の危険因子であること(Moscicki, 1997; Isometsaら, 1998; Owenら, 2002)、自殺未遂を繰り返した後に既遂に至った者の80%以上が企図手段を変えながら死にいたったという報告(Isometsäら, 1998)とあわせて考えると、再企図の歯止めとなるような対策を講じる必要性が強く認識された。

また、特筆すべきは、自殺企図者のうち中高年男性の特性で、この群では、気分障害の罹患率がより高く、高致死性の自殺企図手段を選ぶ傾向がより高く、しかしながら精神科受療率は低いことから、この世代において精神科受療率の向上を図るような対策が求められる。一方、女性を始め、その他の自殺企図者に関しては、心理的危機に対応可能なシステムの存在や、これらの当事者のもつ衝動性の制御のための治療方略の開発が必要かも知れない(酒井, 2005; 丸田ら, 2006; 酒井と大塚, 2006; Yamadaら; 2007)。

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では、こうしたデータを基に、自殺未遂者のケース・マネジメントを行っている。これは、救命救急センターに搬送後、可及的早期の心理的危機介入、精神医学的評価と精神科治療の導入(心理教育、精神療法、薬物療法等)、心理社会的評価とソーシャル・ワークの導入から成る(河西, 2007; 河西ら, 印刷

中)。自殺未遂者のケース・マネジメントの効果を見るために行われた予後調査では、特に1回目の調査(退院後平均299日)においては、これまでの内外の観察値と比較すると自殺の再企図、既遂ともに比較的低率であり、ケース・マネジメントの効果が示唆されたが(中川ら, 2006)、2回目の調査(退院後平均638日)では、調査からの脱落率が高く、その調査結果に十分な信頼性は得られなかった(Nakagawaら, 投稿中)。この調査では、住民基本台帳や死亡小票の閲覧に関する同意を対象者から得ておらず、電話による聴き取りに頼る研究デザインであることから、おのずと限界があった。しかし、自殺再企図の20%から70%が、企図後1年以内に生じるといふ報告があり(Schmidtkeら, 1996; Gutierrezら, 1997; Osvathら, 2003; Cederekeら, 2005; 酒井と大塚, 2006; Christiansenら, 2007)、救命救急センターにおける複合的なケース・マネジメントは有効である可能性が示唆され、そこで実施されているケアと支援のノウハウは、ガイドライン指針に援用できるものと思われる。

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

今回内容を検討した国外のガイドライン(ガイドブック)は、それぞれ想定されている読み手はそれぞれ異なり、またケアの対象となる自殺未遂者・自殺念慮を有する人の置かれた状況の想定もさまざまである。要は、自殺未遂者や自殺念慮をもつ人を支援する状況や場面は多岐にわたっているということで、ひとつのガイドラインですべての対象者や状況を網羅することは到底不可能であることがわかる。

しかし、一方で「ガイドライン」としての利用に耐えうると考えられるものの中に共通する要素としては、以下のようなことが挙げられるだろう。すなわち：

1) 疫学的な事実を挙げて、自殺や自殺未遂の実態を読み手が理解できるようになっている。

2) さまざまな観察研究や介入研究の結果を踏まえた、エビデンスにもとづく記載がされている。

3) 自殺未遂者、自殺念慮をもつ人の心をふまえた対応ができるよう、接する際の姿勢や態度をどのようにすればよいか、具体的に記載されている。

4) 自殺についてより詳しいことを読み手が知りたいときに、何に当たればよいかの情報が多数記載されている。

5) 自殺の危機が迫っている人がいるときに相談できる電話番号が記載されている。ガイドラインは、これらを踏まえて作成されなければならないであろう。相談窓口の整備と情報提供や自殺予防に資する情報を集めたウェブサイトの整備なども必要となってくるであろう。

3. 国内外におけるガイドライン指針（案）に関するヒアリング

ヒアリングにおいては、あらためて相談・援助における心理的困難性が浮かび上がることとなった。それゆえに、十分なマンパワーの確保、質の高い研修体制、相談業務やケア提供の体制の構築の必要性があげられた。相談従事者、ケア提供者をサポートする体制も含めて、これらのシステム作りが行われなければ、自殺未遂者、

自殺念慮を有するひとへの支援を十分に行うことが出来ない。医療に焦点を当てても、救急医療や精神科医療単独では、自殺未遂者や自殺念慮を有する人たちに十分なケアを提供することは出来ない。」

Wasserman 教授は、これを補強・補完する体制が必要と説いたが、これは、横浜市立大学や岩手医科大学で取り組んでいる自殺未遂者ケア、そして自殺対策のための戦略研究のコンセプトと一致するところである。結局、パブリック・メンタルヘルスの体制や、社会的な支援体制、社会資源の整備を含めた社会体制の整備が、自殺予防の鍵であるという Wasserman 教授のコメントは、問題解決のコンセプトを明確に示すものである。

ヒアリングからは、未遂者や自殺念慮を有する人々が多様であり、これに対応するためには領域ごとに詳細なガイドラインが必要であることも確認された。また、これは単に領域ごとではなく、実際のケアの内容については、性別・年代別を考慮する必要があることが示された。Wasserman 教授からは、未遂者ないしは、自殺念慮を有するひとのケアや支援の質を考える上では、支援・ケアをする側、される側双方の意識や態度の相違が十分理解されていないということが指摘されているが、上記の支援の困難性ととともに、総じて、支援とケアにおける心理学的課題の重要性が理解される。

他に、Wasserman 教授からのヒアリングでも重要であった点は、調査・研究の必要性である。自殺対策は喫緊の課題であることが誰もが認めることであるし、今、実行可能なことは、すぐにやらなければならないのは当然のことであるが、自殺対策に中・長期的にしっかり取り組んでいくためには、その基礎となる調査・研

究が必要であり、それに基づいた科学的で根拠性をもった、そして日本の社会に適合した自殺対策を進めていかなければならない。調査・研究は、単にデータ提示のような乾いたものであってはならず、これを基にした専門家による分析や、介入研究が必要である。そこには、官民諸機関の連携、共同作業が必要であろう。

4. ガイドライン指針試案の作成と英語版の作成

ガイドライン指針の作成の意図は、冒頭にも述べたように、社会のさまざまな領域におけるガイドラインの作成を促し、かつそれらのどのガイドラインにも必須の基本的事項を提示することにあった。特に、横浜市大精神医学教室の自殺予防研究チームで独自に行っている医学生や自治体の自殺対策に関わる相談従事者、介護従事者などへの聴き取り調査では、多くの人が「自殺未遂者や自殺念慮をもつ人」への対応の経験に乏しく、また、対応を経験したのも、それらの人々を目の前にした時の戸惑いや困難感を訴える意見や回答が多かった（データ未発表）。そこで、ガイドライン指針の作成に当たっては、特に自殺未遂者と自殺念慮をもつ人の対応に際しての基本的なコンセプトと、相談従事者の取るべき姿勢、あるいは態度というものに重点を置くこととした。その中には、従事者が相談者に対して抱きがちな転移感情についても触れた。そして、それを導くために、「いったい自殺未遂者、あるいは自殺念慮をもつ人とは、どのような特性をもっているのだろうか」ということについて、これらの人々の心理に関する説明を加えた。

次いで、「自殺未遂者や自殺念慮をもつ人」へ

の介入を行うために必要不可欠な、相談者の評価にも力点を置いた。今日、自殺の危険性を高い確度で予見し得るツール、ないしは評価尺度というものは存在せず、自殺のリスクを広く捉えたチェックリストなどがあるばかりだが（山本ら、2004；一戸ら、2007）、このガイドライン指針においては、先行研究から得られた「自殺の危険因子」と「保護因子」を明記し、かつ危険度評価の目安として活用し得るひとつの評価表を提示した。実践的な対応は、自殺未遂者の属性や置かれた状況によりさまざまであることから、今後作成されるであろうガイドラインに詳細は譲るが、ここでは、「自殺未遂者や自殺念慮をもつ人」になすべきことの基本を列記し、社会資源を導入する際の留意点についても記載した。

第Ⅹ項の精神保健対策の推進は、自殺対策を進める上で、特に根幹となる重要な点である。第Ⅵ項の「自殺行動を制御する保護因子」の中にも触れたが、自殺未遂者や自殺念慮者が属する国や地域、あるいは組織や学校において、正しい精神保健の知識と理解がどれほど普及しているのかということが、自殺対策の鍵となるのである。

自殺と自殺関連行動の対策を講じる上で基本となることの一つは、これらの行動の「普遍性」と「特異性」である。つまり、自殺と自殺関連行動には、国、地域や個人の多様性を越えてなお万人に共通する普遍的な部分と、それぞれ環境と個人の特性に応じて特異的な部分がある。このガイドライン指針では、前者の普遍的な側面に関して情報と必須項目を提示した。従って、今後は、これらの基本事項を押さえた上で、それぞれの領域に特異的な要素を盛り込んだガイドラインが作成されることが望まれる。そのガ

イドラインは、特異的な取り組みや社会資源、そして当事者のサポートのためのネットワークを含むものとなるであろう。実践的なガイドラインは、資料や教科書を参照して机上で作成するものではない。筆頭著者らは、救命救急センターでの実践的な取り組みから多くのことを学んだが、今後、それぞれの領域において、自殺未遂者と自殺念慮を持つ人々のケアや支援の実践にあたる人とさまざまな専門家が共同作業を行い、真に効果的なガイドラインを作り上げていくことが望まれるところである。

E. 結論

自殺対策基本法と自殺総合対策大綱に明示されている自殺未遂者ケアを、さまざまな地域や領域で実施していくために、その基本となるガイドラインの作成が必要と考えられる。しかし、自殺未遂者、あるいは自殺念慮を有する人の多様性を考慮した場合に、そのさまざまな領域に適合するような領域別のガイドラインの作成が求められる。

一方で、わが国の自殺対策はその緒についたばかりであり、相談従事者の経験不足もあり、各領域における自殺対策のボトム・アップが必要である。そのような経緯から、本研究で作成されたガイドライン指針においては、自殺未遂者と自殺念慮をもつ人に普遍的に見られる事柄を中心において、その知識と理解、相談従事者が取るべき態度とすべきことの基本を記載した。

今後、このガイドライン指針を元に、さまざまな領域で、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作成されることを期待するとともに、わが国の自殺対策を力強く推進するための社会的基盤整備が整備されていくことを願う。

F. 健康危険情報 該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：教師と学校関係者のための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：メディア関係者のための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：プライマリ・ケア医のための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：職場のための自殺予防の手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：カウンセラーのための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
刑務官のための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳）、平安良雄（監訳）：
自殺予防：遺された人たちのための自助グループの始めかた，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

佐藤玲子，河西千秋，山田朋樹：救命救急センターに搬送された自殺企図者のフォローアップ．総合病院精神医学，19，35-45．

2007

一戸真子, 岩下覚, 釜英介, 河西千秋, 木ノ元直樹, 黒須真弓, 杉山直也, 堤谷政秀, 中間浩一, 西元晃, 南良武: 病院内における自殺予防提言. 患者安全推進ジャーナル, 17, 6-10, 2007

河西千秋, 山田朋樹, 中川牧子: 救命救急センターを拠点とした自殺予防への取り組み. Depression Frontier, 5, 42-47, 2007

杉山直也, 河西千秋: 精神科領域におけるリスクマネジメント: 財団法人日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進事業での取り組みから. こころを支える, 2, 8-11, 2007

山田朋樹, 河西千秋, 平安良雄: 高度救命救急センターにおけるコンサルテーション・リエゾン精神医療. 臨床精神医学, 36, 743-747, 2007

古野拓, 河西千秋: 自殺とマスメディア: 自殺報道における問題. 精神科, 10, 485-491, 2007

河西千秋, 河合桃代, 西典子: 入院患者の自殺を防ぐために: 必要な知識と対応. 看護管理, 17, 858-865, 2007

中川牧子, 河西千秋, 平安良雄: 自殺を防ぐために: いまできること, これから取り組むべきこと. 精神科看護, 34, 12-18, 2007

河西千秋: 海外の自殺予防関連学会について: 学会参加のすすめ. 日本自殺予防学会 News Letter, 16, 6-7, 2007

Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area.

BMC Psychiatry, in press

Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, Kawai M, Minami Y, Ohmichi H: Proposals for suicide prevention in general hospitals, Psychiatry Clin Neurosci, 61, 704, 2007

Kawanishi C, Sato R, Yamada T, Ikeda H, Suda A, Hirayasu Y: Knowledge and attitudes of nurses, nursing students and psychiatric social workers concerning current suicide-related issues in Japan. Primary Care Mental Health, in press

Doihara C, Kawanishi C, Yamada T, Sato R, Hasegawa H, Furuno T, Nakagawa M, Hirayasu Y: Trait aggression in suicide attempters: a pilot study. Psychiatry Clin Neurosci, in press

2. 学会・シンポジウム発表

河西千秋 (シンポジウム): 自殺を防ごう 横浜から: もっと知りたい「うつ病」の話. 横浜市こころの相談センター・シンポジウム. 横浜, 2007, 1

河西千秋 (ランチョン・セミナー): 自殺のハイリスク者への介入: 救命救急センターを拠点にした自殺未遂者のケース・マネジメント. 第31回日本自殺予防学会総会, 川崎, 2007, 4

河西千秋, 平安良雄, 有賀徹, 石塚直樹, 山田光彦, 米本直裕, 高橋清久 (シンポジウム): 自殺対策のための戦略研究: 自殺企図の再発防止法の開発のための他施設共同研究 ACTION-J. 第103回日本精神神経学会総会, 高知, 2007, 5

河西千秋 (シンポジウム) : 自殺未遂者の今、そしてこれらのために為すべきこと. 第29回日本中毒学会総会, 東京, 2007, 7

河西千秋 (シンポジウム) : 救命救急センターを拠点とした自殺予防活動、そして自殺対策のための戦略研究. 第15回日本精神科救急学会総会, 大宮, 2007, 9

Kawanishi C, Hirayasu Y, : Post-suicide attempt intervention for the prevention of further attempts: randomized controlled, multicenter trial in Japan (ACTION-J). World Psychiatric Association Regional Meeting, Seoul, 2007, 4

Sato R, Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters at a critical emergency unit in urban city in Japan. World Psychiatric Association Regional Meeting, Seoul, 2007, 4

Hirayasu Y, Odawara T, Sugiyama N, Kawanishi C, : Development of placebo controlled clinical trials for schizophrenia in Japan. World Psychiatric Association Regional Meeting, Seoul, 2007, 4

中川牧子, 山田朋樹, 河西千秋, 佐藤玲子, 長谷川花, 加藤大慈, 小田原俊成, 杉山貢, 平安良雄 : 横浜市立大学高度救命救急センターに入院した重症自殺未遂者の基礎的データ. 第31回日本自殺予防学会総会, 川崎, 2007, 4

河西千秋, 山田朋樹, 佐藤玲子, 須田顕,

神庭功, 中川牧子, 岩本洋子, 加藤大慈, 後藤英司, 平安良雄 : 医学教育における自殺予防教育. 第4回日本うつ病学会, 札幌, 2007, 6

須田顕, 山田朋樹, 佐藤玲子, 中川牧子, 長谷川花, 古野拓, 平安良雄, 河西千秋 : 救命救急センター研修医の自殺者・自殺行動に対する知識と理解. 第4回日本うつ病学会, 札幌, 2007, 6

Kawanishi C, Hirayasu Y, : Post-suicide attempt intervention for the prevention of further attempts: randomized controlled, multicenter trial in Japan (ACTION-J). 26th International Association for Suicide Prevention, Killarney, 2007, 8

Yamada T, Nakagawa M, Sato R, Konishi A, Kato D, Odawara T, Arata S, Sugiyama M, Hirayasu Y, Kawanishi C: Drug-overdose in suicide attempters at the emergency department in Japan: relationship to prescribing multiple drugs. 26th International Association for Suicide Prevention, Killarney, 2007, 8

長谷川花, 山田朋樹, 河西千秋, 中川牧子, 須田顕, 佐藤玲子, 岩本洋子, 加藤大慈, 杉山直也, 小田原俊成, 平安良雄 : 高度救命救急センターに搬送された自殺既遂者における遺族ケアの試み. 第15回日本精神科救急学会, 大宮, 2007, 9

須田顕, 佐藤玲子, 河西千秋, 山田朋樹, 中川牧子, 平安良雄 : 救命救急センター研修医に対する自殺予防教育とその効果について. 第81回東京精神医学会, 東京, 2007, 10

岩本洋子, 山田朋樹, 中川牧子, 小田原俊成, 鈴木範行, 平安良雄, 河西千秋 : 救命救

急センターに入院した自殺企図患者の在院期間調査：精神科医常勤化前後の比較。第 20 回日本総合病院精神医学会，札幌，2007，11
中川牧子，山田朋樹，山田素朋子，名取みぎわ，池田東香，須田顕，佐藤玲子，長谷川花，鈴木範行，小田原俊成，平安良雄，河西千秋：高度救命救急センターにおいて危機介入を実施した自殺未遂者の予後調査(第 2 報)，日本総合病院精神医学会，札幌，2007，11

H. 知的財産権の出願・登録状況 出願予定なし

I. 参考・引用文献

American Association for Suicidology: "Understanding and helping the suicidal person" (作成)
<http://www.suicidology.org/associations/1045/files/Understanding.pdf>

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25, 147-155, 2004

Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33, 395-405, 2003

Cedereke M, Ojehagen: Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *Eur Psychiatry*, 20, 101-109, 2005

Christiansen E, Jensen BF: Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aus NZ J Psychiatrv*. 41, 257-265.

2007

Gutierrez E, Gamo E, Guindeo J, Delgado J, Fuertes E, Juan S, Ordonez P, Pasucual P: Epidemiological study of attempted suicide managed at the hospital emergency department. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 25, 172-181, 1997

一戸真子，岩下覚，釜英介，河西千秋，木ノ元直樹，黒須真弓，杉山直也，堤谷政秀，中間浩一，西元晃，南良武：病院内における自殺予防提言。患者安全推進ジャーナル，17，6-10，2007

Isometsä ET, Lönnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 173, 531-535, 1998

河西千秋：日本の自殺問題と精神医学の課題。坂口正道，岡崎祐司，池田和彦，天野直二，五味淵隆志，斎藤正彦（編）：精神医学の方位。中山書店，東京，258-264，2007

河西千秋，大塚耕太郎，松本俊彦，川野健治，三宅康史，有賀徹，伊藤弘人：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。平成 18 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）「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」研究協力報告書。85 - 101，2007

河西千秋，山田朋樹，杉山直也，平安良雄：救命救急センターを拠点とした自殺予防活動：自殺未遂者への危機介入とケース・マネジメント。精神科救急，印刷中

河西千秋（訳・監訳），平安良雄（監訳）：自殺予防：プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き，横浜市立大学精神医学教室刊，横浜，2007

河西千秋（訳・監訳），平安良雄（監訳）：

自殺予防:教師と学校関係者のための手引き,
横浜市立大学精神医学教室刊, 横浜, 2007

河西千秋 (訳・監訳), 平安良雄 (監訳):
自殺予防:メディア関係者のための手引き,
横浜市立大学精神医学教室刊, 横浜, 2007

河西千秋 (訳・監訳), 平安良雄 (監訳):
自殺予防:プライマリ・ケア医のための手引
き, 横浜市立大学精神医学教室刊, 横浜, 2007

河西千秋 (訳・監訳), 平安良雄 (監訳):
自殺予防:職場のための自殺予防の手引き,
横浜市立大学精神医学教室刊, 横浜, 2007

河西千秋 (訳・監訳), 平安良雄 (監訳):
自殺予防:カウンセラーのための手引き, 横
浜市立大学精神医学教室刊, 横浜, 2007

河西千秋 (訳・監訳), 平安良雄 (監訳):
刑務官のための手引き, 横浜市立大学精神医
学教室刊, 横浜, 2007

河西千秋 (訳・監訳), 平安良雄 (監訳):
自殺予防:遺された人たちのための自助グル
ープの始めかた, 横浜市立大学精神医学教室
刊, 横浜, 2007

丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 遠藤知
方, 遠藤重厚:岩手県高度救命救急センター
における自殺未遂者の年代における比較検討.
岩手医誌, 58, 119-131, 2006

Moscicki EK: Identification of suicide
risk factors using epidemiologic studies.
Psychiatr Clin North Am, 20, 499-517, 1997

中川牧子, 山田朋樹, 山田素朋子, 名取み
ぎわ, 河西千秋, 佐藤玲子, 長谷川花, 古野拓,
加藤大慈, 小田原俊成, 平安良雄, 鈴木範行,
杉山貢:高度救命救急センターにおける自殺予
防活動:危機介入を実施した自殺企図者の予後
調査. S-100, 第19回日本総合病院精神医学会
総会抄録集, 2006

National Prevention of Suicide and
Mental Ill-Health:
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=17393&l=en>

Osvath P, Kelemen G, Erdos MB, Voros V,
Fekete S: The main factors of repetition:
review of some results of the Pecs Center in
the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal
Behaviour. Crisis, 24, 151-154, 2003

Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and
non-fatal repetition of self-harm: systemic
review. Br J Psychiatry, 181, 193-199, 2002

The Royal Australian and New Zealand
College of Psychiatry: Self-harm Treatment
Guide for Consumers and Carers,
<http://www.ranzcp.org/publicarea/cpg.asp#consumer>

酒井明夫:岩手県高度救命救急センターに
おける自殺企図者の実態調査:性差に関する
検討を中心に. 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, 総
括研究報告書 (主任研究者:保坂隆), 45-50,
2005

酒井明夫, 大塚耕太郎:精神科救急におけ
る自殺企図者の4年間の追跡調査. 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, 総括研究報告書 (主任研究
者:保坂隆), 54-60, 2006

U.S. Department of Health and Human
Service, Substance Abuse and Mental Health
Services Administration: After an attempt:
A Guide for Taking Care of Your Family member
After Treatment in the Emergency Department,
[http://mentalhealth.samhsa.gov/publicatio
ns/allpubs/SVP-0159/](http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SVP-0159/)

World Health Organization: Suicide prevention (SUPRE):
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

山田朋樹, 河西千秋, 長谷川花, 佐藤玲子, 小田原俊成, 杉山貢, 平安良雄: 救命救急医療における精神医学: 自殺者の増加を背景とした精神科医の役割. 精神医学, 47, 869-876, 2005

Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry, 7, 64 (open access e-journal), 2007

山本泰輔, 高橋祥友: 自殺のリスク評価. 臨床精神医学 (増刊号): 104-110, 2004

自殺未遂者と自殺念慮をもつ人へのケアのガイドライン作成のための指針試案(作成:2007年11月14日)

I. はじめに

自殺未遂は、自殺との関連が最も強い危険因子のひとつであり、自殺未遂者の支援は自殺予防の重要な鍵である。現状では、自殺未遂者の実態、そして自殺未遂者支援の意義については広く国民に理解されているとはいえない。自殺未遂者支援の体制も社会全体において不十分であり、自殺未遂者や自殺念慮をもつ人を取り巻く周囲の人々も、これらの人々にどのように声をかけ、また何をしたらよいのかということについて戸惑うばかりかもしれない。

自殺未遂者の支援やケアは、その人一人ひとりに対して個別的なものでなくてはならない。そしてそのあり方は、その人の置かれた状況や組織、あるいは地域によって異なる場合がある。

この指針において、自殺未遂者、および自殺念慮を抱く人々への支援やケアのためのガイドラインを作成する際の要点、留意すべき事柄を提示する。この指針を念頭に、今後、日本の社会のさまざまな領域において、支援やケアを必要とする人にとって真に有用なガイドラインが作成され、活用されることが望まれる。

なお、自殺念慮と自殺未遂は相互に密接であり、この指針は、自殺未遂者についてだけでなく、自殺念慮をもつ人への支援・ケアに関する内容をも含んでいる

II. 今後、必要とされるガイドライン

今後必要とされるガイドラインは、以下のようなものである。

- 1) 保健福祉従事者のためのガイドライン
- 2) 心理臨床従事者のためのガイドライン
- 3) プライマリ・ケア医療従事者のためのガイドライン
- 4) 救急医療施設におけるガイドライン
- 5) 介護従事者のためのガイドライン
- 6) 相談従事者のためのガイドライン
- 7) 教育機関の職員のためのガイドライン
- 8) 職場におけるガイドライン
- 9) 家族の支援のためのガイドライン
- 10) 警察・消防従事者のためのガイドライン
- 11) 報道・IT関係者のためのガイドライン
- 12) 矯正施設職員のためのガイドライン

III. 自殺と自殺未遂、自傷行為の関連

自殺未遂とともに、過去の自傷行為も自殺の危険因子である。たとえ軽度の、あるいは非致命的な自傷行為であっても注意が必要である。わが国の自殺未遂、自傷行為に関する実態調査や研究は非常に不足している。ガイドラインの中には、継続的な対策の基礎となる調査・研究の必要性について盛り込む必要がある。

IV. 自殺未遂者、自殺念慮をもつ人、そして家族の実態

用していないと指摘されている。従って、これらの人々が支援やケアを受けることが容易になるような情報提供のありかた、支援・ケア体制の充実が課題となる。

自殺未遂者や自殺念慮をもつ人を抱える家族の多くは対応に悩み、そして疲弊している。しかし、家族の支援体制も不足している。家族の抱える問題は一樣ではなく、ここにも個別の対応が必要となる。

今後作成されるそれぞれのガイドラインには、これらの視点が取り入れられなければならない。

V. 自殺の危険因子と、自殺念慮をもつ人、および自殺未遂者の心理

1. 自殺企図につながる危険因子は以下の通りである。

- 1) 過去の自傷行為、あるいは自殺未遂
- 2) 親しい人を喪失すること
- 3) 失職・経済的破綻
- 4) 相談相手や援助者の欠如・心理的孤立
- 5) 自殺手段への容易なアクセス
- 6) 自殺に関する情報への暴露（報道機関による過剰な自殺報道、インターネット上の自殺を幫助するような情報）
- 7) 精神疾患、がん、進行性疾患、慢性疾患の罹患

2. 自殺念慮をもつ人と自殺を企図する人の心理状態は、以下のように特徴づけられる。

- 1) 絶望感、孤立感、自身に対する価値観の低下
- 2) 思考は柔軟性を欠き、自殺すること、あるいはすべてを「終わらせること」が唯一の解決方法だと考えている
- 3) 「死にたい」、「終わらせたい」と考える一方で、「生きたい」という願望が同時に存在している
- 4) 多くの場合、自殺念慮や自殺の計画を誰かに知ってもらいたいと思ひ、態度やことば、仕草それを伝えている
- 5) ほとんどの自殺者が、精神疾患に罹患した状態、あるいは心理的に追い込まれた状態にある
- 6) 自殺を企図する瞬間には、そこに衝動性や攻撃性が介在し、酒精や薬物が使用される場合もある

VI. 自殺行動を制御する保護因子

自殺を抑止する保護因子としては以下のものがある。

1. 個人に関わる因子

- 1) 社会とのつながりや帰属感
- 2) 充実した社会生活：良好な家族機能、対人関係の充実、学業・仕事の充実、経済生活・住居の充足、生きがいをもっていること、適度な余暇
- 3) ストレスや困難な状況に柔軟な対応を可能とする対処機制をもっていること

2. 環境因子

- 1) 支援・ケアの体制が周囲にあること、利用できること
- 2) 自殺予防に関する情報にアクセスしやすいこと
- 3) 精神保健サービスを受けやすい環境にあること
- 4) 居住する地域において、精神疾患や自殺に関する啓発・教育が普及していること

Ⅶ. 自殺未遂者と自殺念慮をもつ人への対応

自殺未遂者や自殺念慮をもつ人への対応には、さまざまな配慮が必要である。以下の項目は、対応の基本としていずれのガイドラインにも明記されることが望ましい。

1. 支援やケアを行う人に必要な態度

- 1) 受容と共感
- 2) 穏やかな対応と傾聴
- 3) 相談に訪れたこと、自殺未遂や自殺念慮について打ち明けたことを労う
- 4) 支援の表明と約束
- 5) いかなる状況や相談も真剣に捉え、対応する
- 6) 批判的にならない、叱責しない、教条的な説諭をしない
- 7) 安易な励ましや安請け合いをしない
- 8) 説明や提案は明確に行い、あいまいな態度をとらない

2. 支援やケアを行う人が留意すべきこと

援助者は、自殺未遂者や自殺念慮をもつ人に対して無意識のうちに生じるさまざまな感情や精神的動揺に気をつけながら、これを制御する必要がある。

自殺未遂者・自殺念慮をもつ人に関わることは時として躊躇されるかもしれないし、関わりを避けたり、自殺念慮を否定しようとする心の動きが生じるかもしれない。また支援についてあきらめや無力感、あるいは怒りすら感じることもあるかもしれない。これは多くの場合、1) 自分自身の心理社会的背景や価値観から生じるもの、2) 相手の精神的不安定性によって引き起こされるもの、あるいは、3) 相談内容の深刻さによってもたらされる心的負担から惹起されるもの、などに分けられる。このような感情を認識し、それと折り合いをつけ、自殺企図者・自殺念慮をもつ人への理解に努めることが支援の第一歩である。

3. なすべきことの基本

- 1) 差し迫った自殺の危険性から安全を確保する
- 2) 受容と共感をもって相手の話を傾聴する
- 3) 現在の自殺念慮(Ⅷ項参照)と危険因子(V項参照)を評価・確認する
- 4) 近い将来の自殺危険度(Ⅷ項参照)を評価する
- 5) いま問題となっていること、自殺の原因となっていることを同定する
- 6) 保護因子(VI項参照)を同定する
- 7) 自殺以外の解決法を話し合う
- 8) キーパーソンを同定し、支援の要請を検討する
- 9) 社会資源とケアの導入を検討する
- 10) 自殺をしない約束を交わす
- 11) 支援を継続し、必要に応じてその後の状況、支援やケアの利用について確認し、導入した支援やケアの有効性を評価する

Ⅷ. 自殺念慮の確認と危険度の評価

自殺未遂者や自殺念慮をもつ人に対応する際には、その人の態度、ことば、仕草を介して表される自殺の危険性について把握する必要がある。

何よりもまず、今の時点の自殺念慮の有無を確認することが必要である。自殺念慮の確認が自殺を惹起することをおそれ、懸念するよりも、次の意義を考慮すべきである。すなわち、自殺念慮を確認することは、1) 相手に共感を伝え、2) より深い次元で対応することを本人に表し、3) 現在の危険度を

元に具体的な対策を検討することを可能にする。ただし、自殺念慮を尋ねるためには、その前に相手との十分なコミュニケーションをはかること、そして相手の状況を理解していることが必要である。

近い将来の自殺の危険度を評価するためには、自殺念慮の程度と自殺の計画性、危険因子、保護因子の評価が必要である。危険度の段階の目安を下記に示したが、ガイドライン作成の際には、支援を必要としている人の置かれた状況、緊急度に応じて、その対応を具体的に提示する必要がある。

表1. 自殺の危険度の段階と内容

危険度	危険性の内容
1. 危険性がない	自殺念慮がなく、危険因子を認めず、本質的に危険性が存在しない
2. 軽度の危険性	時折、自殺念慮が消長するが、自殺の計画はない。そして他の危険因子も存在しない。
3. 中等度の危険性	恒常的に自殺念慮を有し、自殺の具体的な計画があり、準備をしている場合もある。既知の危険因子が存在する。あるいは、自殺の具体的な計画は無くても、自殺念慮以外に複数の危険因子を有して本人が自殺企図の可能性を否定しない場合。しかし、本人は、支援を受け入れ、置かれている状況を改善したいと自ら望んでいる。
4. 高度の危険性	上記の中等度の状態と同等の計画性や危険因子を有しており、かつ、支援の受け入れについて拒絶的であり、絶望感に捉われ、極端に思考が狭小化し判断力が失われている場合。
5. 極度の危険性	今の時点で自殺が差し迫っている場合、あるいは自殺を企図しようとしている場合。

IX. 社会資源ないしはケアの導入

社会資源ないしはケアの導入に際しては、以下のことに留意する。これは、それぞれのガイドラインに共通する考え方である。

- 1) 支援やケアを行うもの自身を含め、自殺未遂者や自殺念慮をもつ人の周囲にいる一人ひとりが社会資源である
- 2) 社会資源やケアの導入に際しては地域特性を考慮し、一人ひとりの個別性を重視すべきである
- 3) 単に社会資源やケアの紹介をするのではなく、真に意味のある情報、役に立つ情報を提供し、それらの資源やケアが実際に利用されるためのサポートをしなくてはならない。そのために、紹介先担当者との緊密な連携が必要となる場合もある。
- 4) 社会資源やケアの導入に際しては、その内容を十分に説明し、導入に関して同意を得ることを原則とする
- 5) 定まりきった対応に陥ることなく、当事者との時間の共有、作業・プロセスを大事にする
- 6) 社会資源やケアの利用が継続されるように支援する

X. 精神保健対策の推進

自殺未遂者と自殺念慮をもつ人の多くは、精神的に不健康な状態にあり、精神疾患罹患が少なくないが、精神疾患や精神疾患罹患、そして自殺未遂者への偏見・スティグマがこれらの人々の支援の機会を妨げている。また職場では、勤労者のメンタル・ヘルス対策が普及しているとは言い難く、雇用上の不利益を懸念して支援を得ることに躊躇する場合もある。このようなことから、社会のさまざまな領域において、精神保健の重要性が理解され、支援を必要とする人が適切にそれを利用することができるようにする必要がある。また、学校、職場、組織、そして地域において、精神疾患に対する偏見をなくし、精神的に不健康な人々を、皆で支えていくような文化が醸成されなければならない。ガイドラインを作成する際には、このような精神保健対策についても言及すべきである。

自殺未遂者対策、自殺念慮をもつ人への対策を長期に亘って継続的に、かつ効果的に進めていくためには、適切な調査・研究も必要であり、そのための情報収集に関する要点もガイドラインで取り扱