

図 10. 自殺未遂者のリスク評価と対応 (松本、河西)

自殺念慮		自分を傷つける計画・準備	危険因子の状況	対応
危険性がない	なし	なし	なし	なし
軽度の危険性	限定的に存在	なし	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴がない 既知の危険因子が存在しない 	<ul style="list-style-type: none"> 心理・社会・経済的困難に対する介入 社会資源に関する情報提供
中等度の危険性	明確に存在	具体的にはなし～あり	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴、もしくは、1つ以上の危険因子の存在 本人が現在抱えている情緒的・心理的状態の改善を希望している 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科外来における頻回・継続的な治療 精神科病棟への自発的入院 心理・社会・経済的困難に対する介入
高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴 二つ以上の危険因子の存在 自殺の意思と周到な計画に関する言語化 将来に対する絶望感 利用可能な支援の意義を認定 認知の柔軟性は維持 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟への自発的/非自発的入院 心理・社会・経済的困難に対する介入
非常に高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> 複数回以上の過去の自殺企図歴 複数以上の危険因子 認知の硬直化 援助に対する拒絶 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟への緊急非自発的入院 心理・社会・経済的困難に対する介入

特に、精神科病棟に入院させるかどうかという点については、危険因子と防衛因子を勘案して行うことが望ましいと考えられる。また、患者や家族が必要な医療資源、社会資源はなにかという患者のニーズ主体に立った治療環境の判断が必要となる。たとえば、様々な問題を抱えた患者に対応する場合、精神科医や看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、行政担当者などがチーム医療として関わることがある。この場合、精神科病床入院として対応する方が望ましい場合がある。これをまとめると松本と河西による図 10 のようになる。

viii) 現場での適切な対応

1. 支援やケアを行う上で必要な態度

受診した場合にも、自殺未遂者は様々な状態像を示す。鬱状態から精神運動興奮や幻覚妄想まで様々である。精神科救急では始めて出会う患者に対応することも少なくない。初期の対応は信頼関係や治療関係の構築に大きく関わっている。そのため、基本的態度としてまず傾聴することが必要である。なぜなら傾聴することは、自殺未遂者の受容と共感につながり、信頼関係を築く上でも重要だからである。また、様々な問題を抱えて追い詰められた上で自殺企図に至った場合も多く、自殺企図受診に至ったことへのねぎらいはそれまでの苦痛を理解している姿勢を示すことでもある。また、支援の表明や患者の安全を確保する上での明確な説明と提案は、心理的危機に陥っている患者を安心させる役割も持つ。このように、精神科救急の現場で自殺未遂者に適切な対応をとることが自殺の再企図防止につながる。

支援やケアを行う人に必要な態度

1. 受容と共感
批判的にならない、叱責しない、教条的な説論をしない。
2. 傾聴
いかなる状況や相談も真剣に捉える。
3. ねぎらい
相談に訪れたことや打ち明けた勇氣に対して。
4. 支援の表明
力になりたい気持ちを伝える。あいまいな態度をとらない。
5. 明確な説明と提案
提案は具体的であること。安易な励ましや安請け合いをしない。

なすべきことの基本

- 0 安全性の確保
差し迫った自殺の危険性を除去する（紐類・かみそりなど）
- 1 状況把握
容と共感をもって相手の話を傾聴し、経過と状況、気持ちの理解などに努める
- 2 自殺念慮の評価
近い将来の自殺の危険度を評価する そのためには、自殺の危険因子と防御因子を同定し、両者を斟酌することが不可欠となる
- 3 自殺防止の応急ケア
自殺以外の解決法を話し合う キーパーソンを同定し支援の要請も検討する
- 4 自殺防止の継続的ケアの提案
支援を継続する気持ちがあることを伝える 社会資源を考慮してケアの導入を検討する
- 5 自殺防止の継続的ケア
導入した支援やケアの有効性を評価しながら、ケアを継続する

2. 家族・周囲への対応

家族・周囲の者への対応

1. 家族・周囲の者に安心を与える

- 家族も動揺している場合が多く、まくしたてるように一気に説明することは望ましくない。治療者側がゆっくりとおちついて応対することで、家族も安心する場合が多い。
- 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える。
- 地域で活用可能な救急対応の窓口に関する情報を提供する。

2. 家族・周囲の者の悩みを受容する

- 家族・周囲が罪責感を感じている場合も多く、家族自身の悩みにも焦点を当てることが必要である。

3. 本人への支援を要請する

- 家族からも心理社会的問題を聴取し、必要な場合、家族と協力しながら治療やソーシャルワークにつなげる。

4. 本人と家族・周囲の者の両者に対して中立的立場を原則とする

- 例えば、意見の相違を認める場合に、しばしば対立的になってしまう場合がある。精神科医は中立的立場から、対立する問題に対しての両者の相互理解につながるような心理的介入を目標とすることが必要である。

5. 家族から情報を収集する

- 家族から患者に関する情報を収集し、病歴を確認する。

3. 精神科救急担当医が自殺未遂者の治療にあたって認識すべきこと

①カタルシス効果を考慮する：

自殺企図と救急受診での診察によって、患者自身の不安定な精神状態が一見改善したように見え、カタルシスが得られた状態になる。しかし、これまで抱えていたさまざまな問題が解決につながらなければ、自殺の危険性が本当に消失したわけではない。

②自傷行為歴を過小評価しない：

自傷行為を繰り返す患者での自殺未遂において、自殺の危険性が過小評価される場合があるが¹³、自傷行為を繰り返している中で自殺に至るケースは少なく

ない。患者の危険度の評価に立ち返って臨床的な判断を行うことが望ましい。

③自殺未遂者に対する精神科医の陰性逆転移の出現に注意する：

たとえば自殺企図や自傷行為を繰り返す患者に対して、逆転移として怒りなどの陰性感情が生じる場合がある。このような逆転移が精神科医や身体科の医師に出現することを認識する必要がある。

④自殺未遂者は支援体制や治療関係を拒絶することがある：

自殺の危険性の高い患者では支援体制や治療関係を拒絶することがある。このような患者の感情に精神科医が暴露することで、心理的な防衛反応が生じることがある。しかし、このような場合での自殺未遂者に対する基本的姿勢を大切にすることが、良好な治療関係に発展することにつながる。

⑤患者と自らを同一視しない：

自殺未遂者はそれぞれに背景や心理的苦痛もそれぞれに異なっている。安易な了解に至らないよう注意する必要がある。

⑥自殺をしない約束は必要であるが、約束したことを絶対視しない：

自殺しないという約束は、患者の話を聞いてリスク評価をした上で、患者との信頼関係や治療関係を構築した後に行うことが望ましい。治療関係が結ばれていない場合や、症状が重篤な場合などは、約束をすることが困難である。また、約束したことを絶対視せず、自殺の危険度を評価する姿勢が必要である。

ix) アフターケア

1. 治療計画の立案：

精神科救急における自殺未遂者の治療計画の骨子は次の通りである。

帰宅

- 心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果確認
- カタルシスの評価
- 投薬の必要性検討と薬剤の説明
- 対処行動のアドバイス
- リスク説明と観察の依頼（短期的側面）（インフォームドコンセント（IC））
- 今後の治療計画や可能性の説明（中長期的側面）

精神科病床への入院

- 入院目的の設定（危機介入・緊急避難のみとするかどうか）
- 入院形態の選択（措置入院が該当する場合の手順を確立しておく）と IC
- 身体的側面への対策（身体科医師の応援体制や転科・転棟の可能性）
- 行動制限の必要性判断（指定医）
- 適切な薬物療法の計画立案
- 治療環境の設定（病室、生活備品の設定、面会・電話制限の設定）
- 観察と対応のチームマネジメント

身体科病床への入院

- 救命センター／集中治療系病室／身体科一般病床への入院適切性判断
- 主診療科（主治医を務める科）の決定
- リエゾン対応体制の確立
- 身体科と精神科両面からの IC
- 精神科医師 Call の条件設定
- 観察と対応のチームマネジメント
- 精神科病床への転棟必要性検討

ケースマネジメント

- 帰宅の場合も入院の場合も考慮
- 対処手段の拡大や支援体制の強化
- 継続的地域サポートの導入

2. 自殺の危険性の継続的な評価：

自殺の危険性は変動するため、自殺念慮の評価や危険因子の評価を継続的に繰り返すことが大切である。特に、外出、外泊、退院などの治療環境の変更や精神状態の変化した場合、ライフイベントが出現した場合などでは、再評価する時期と考えられる。

3. 治療の継続性：

自殺の危険性のある者は継続的な治療が必要である。しかし、治療脱落がその後の自殺のリスクを高める場合も少なくない。帰宅となった場合でも、治療の継続性を確保することを第一に行うべきである。精神科救急を受療後、継続治療の医療機関が違う場合には、情報提供を中心に連携を密に行う必要がある。

4. チーム医療：

自殺未遂者は心理的、身体的、社会的な困難を感じている。精神科医、身体科医、看護師、ケースワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士）など多職種チームにより患者を支援していく必要がある。そして、チームのそれぞれの役割を確認しながら、治療計画を調整・立案していくことが望ましい。また、チームとして支援体制を構築していくことを患者自身も理解していくことで、患者自身が安心して協力的になり、自発的な治療参加を促すことにつながるが多い。

5. ソーシャルワーク：

①精神科救急におけるソーシャルワークの目標：

自殺未遂者はしばしば医学的問題に加えて社会的問題を抱えているため、精神科救急担当医には医療的にも、社会的にも迅速な危機介入が求められる。自殺未遂者の中には、経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えながらも、相談者がいない状況に陥っている者もいる。また、相談者がいる場合でも、精神科外来か家族以外に相談先がないということもよくある。周囲の支援体制、相談機関の振り分け、そして個々の抱える問題に関するケースマネジメントが必要となる。

経済問題や生活問題を抱えている自殺未遂者の相談にのり、ソーシャルワークの手法を用いて最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。救急担当医は緊急対応を求められるソーシャルワークのニーズを把握した場合、即応的にサービスを提供することが重要である。救急担当医は身体的治療と精神科救急的治療のマネジメントを行いながら、患者のさまざまな問題に対する迅速なソーシャルワークの導入を図ることが求められる。

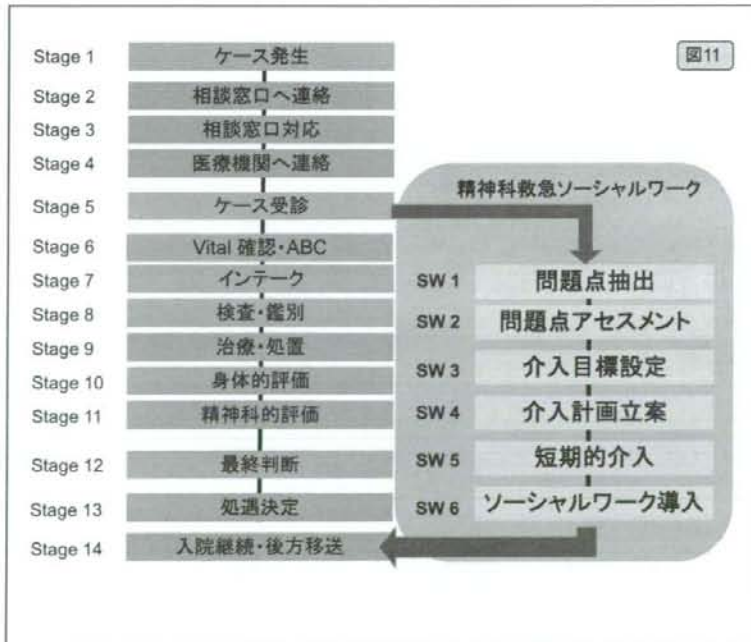
精神科救急におけるソーシャルワークの目標

- 医療的・社会的な迅速な危機介入
- 緊急対応のニーズの把握
- 即応的なサービスの提供

②ソーシャルワークの実践

自殺未遂者が帰宅となっても、また入院となった後も、地域の社会資源を活用し自殺の再企図防止を検討する必要がある。そのため、精神科ソーシャルワークは非常に重要である。精神科救急担当医は救急対応をしながら情報収集やアセスメントを行い、心理社会的問題を抽出する。図11の「精神科救急医療における精神科関連ソーシャルワーク」のフローチャートでのSW1～SW2を説明する。

図11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク



救急医療での精神科救急ソーシャルワーク

SW1. 問題点抽出

- ・ 患者の心理社会的問題に関する情報収集
- ・ 現実に抱えている社会生活上の問題点を本人、家族、救急隊、付き添いの支援者などから情報収集する
- ・ Stage1-2、Stage8 のアセスメントと並行して行う

SW2. 問題点アセスメント

- ・ 心理社会的問題の緊急性、重大性の評価を行う
- ・ 支援者、支援組織などの確認

SW3. 介入目標設定

- ・ ワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士、医療ソーシャルワーカーなど）の要請
- ・ 現実的で達成可能な目標設定
- ・ 患者（利用者）および支援者（家族など）と一緒に設定する
- ・ 前向きな目標設定と動機づけ

SW4. 介入計画立案

- ・ アセスメントと目標設定に基づいた介入方法の提案

SW5. 短期的介入

- ・ 必要な情報の提供
- ・ 支援組織（行政、関連機関など）との連携
- ・ 生活・金銭・その他の問題の調整
- ・ 家族、保護者、扶養義務者、後見人など支援者との調整
- ・ 精神保健福祉法に基づく入院の場合の手続きの調整

SW6. ソーシャルワーク導入

- ・ 継続的な相談・支援体制の構築
- ・ 担当者の紹介
- ・ 介入目標と介入計画の確認
- ・ アドボカシー
- ・ エンパワーメント
- ・ 関係機関との連携（NPO・社会福祉協議会・企業等）
- ・ リンケージ

x) 地域ケアへの移行

1. 外来治療への移行

精神科救急受診後に外来治療に結びつける時には、治療の継続性が最重要の課題である。診察中から受診する医療機関や日時を精神科救急医と患者、そして家族など周囲が具体的に話し合うことが必要であり、これには、治療のアドヒアランスを促進させる効果もある。また、心理的危機に陥った場合の対処法についても、具体的に検討しておくことよい。例えば、家族や周囲などとの連絡法などのセルフケアや救急受診、保健所・警察・関連機関などの利用法などが含まれる。

外来治療への移行にあたって必要なこと

- 具体的な検討（医療機関、場所、日時など）
- 危機介入としてのセルフケア、周囲の支援、関連機関の利用

紹介にあたって留意すべきこと

- 患者と家族に診療結果や状態を説明し、具体的に紹介すべき理由を伝える
- 患者と家族の精神科受診への偏見に配慮する
- 精神科治療の有効性を説明する
- 患者が見捨てられたという感覚を持たないように配慮する
- 可能であれば精神科医に直接連絡をとる
- 頑なに患者自身が拒否する場合、家族から受診を促してもらう
- 具体的な受診日や受診の方法を確認する

2. 退院は自殺の危険因子でもある

地域への社会復帰を検討する上で、継続性を有する治療や支援の計画を立案することが必要である。社会復帰にあたって危険度がないか、再度確認する必要がある。必要な社会源はあるのか十分な確認が必要である。未遂が1年以内は、再企図の危険が最も高い時期であり、個々の症例に基づいたアフターケアが実施される必要がある。複数の機関が連携をしながら行うが必要となる。精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所などが調整をしながら定期的な電話や自宅訪問などを行うことも必要なケースがある。昨今、行政機関やNPO等、自殺防止についての活動が行われている。日頃から関係機関との情報交換や研

修等の連携のほか、協調した活動が望まれる。加えて、心理的危機に陥った時の危機介入を想定して、本人がいつでも SOS を出せるルートを用意する必要があり、本人が利用可能なライフラインを確保することが大切である。

退院にあたって必要なこと

- 自殺の危険度の評価
- 患者の包括的な評価
- 治療の継続性・安定性
- 社会生活上の支援体制の確認
- 関係機関との調整・連携
- 情報提供
- 本人がいつでも SOS を出せるルートを用意する

3. 再企図予防に関する情報提供

①情報提供の役割

- 現場で患者、家族に安心を与える。
自殺未遂で受診した場合、患者や家族も大変混乱している場合が多い。さまざまな心理社会的な問題を抱えていても、すぐに問題解決に向けて決定できない場合も少なくない。
- 患者、家族が適切な医療や支援を選択できる。
自殺未遂で受診した患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識として持っていない場合も少なくない。適切な情報が提供されることで、治療やその後のケアを患者や家族が選択することが可能となる。
- ケアの導入や再企図防止にとって重要な心理教育的なアプローチである。
自殺企図がなぜ起こったのかということに対して本人や家族が理解することは、今後のケアの導入や再企図防止の観点でも重要である。

②提供できる情報の種類

- 自殺企図のプロセス
- 自殺の危険因子と防御因子
→参照。「図2. 精神科救急における自殺未遂者ケアのストラテジー」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性

→参照. 「図 1. 自殺未遂者ケアの全体像」

- 経済問題や生活問題、病気に関連した悩みを抱えている場合の相談口の存在や医療相談室などを介したケースワーキング対応の存在

→参照. 「図 11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク」

- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

V. 自殺が発生したとき

1. 遺族に対して

精神科救急の現場でも自殺未遂者が最終的に不幸にも亡くなられる場合がある。自殺の発生は自死遺族に対して心理社会的な影響を大きく及ぼすといわれており、死別後の悲嘆、混乱などが出現することもある。その場合、自死遺族の気持ちを踏まえた対応を行うことが大切である。また、患者の状態や経過などについて説明を行う場合にも、遺族の心理に配慮する必要がある。また、家族が当初から現実的な対応に追われることも想定される場合には、社会的手続き等に関する情報提供やソーシャルワークも重要である。中長期的視点では遺族はさまざまな苦痛を経験するため、自死遺族の会等の「分かちあいの場」やグリーフケア、自死遺族支援の窓口、関連機関などの情報を得ておくことも有意義となる。

2. 関わったスタッフに対して

担当した患者の死は関わった従事者にも影響を及ぼすといわれている。罪悪感、悲嘆、自尊心の低下などさまざまな心理状態が出現する。従事者のメンタルヘルスに関心を払いながら、医療チームや個々のスタッフに対して、アフターケアを検討する必要がある。

あとがき

わ国の自殺者数は平成10年以降年間約3万人と高い水準で推移している。自殺対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法」の成立を受け、平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」でも自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ取り組みが重要な項目として位置づけられている。精神科救急医療では自殺未遂者ケアで果たす役割は大きく、精神医学的治療を緊急的に実践するため、非常に高度な医療であり、今後も精神医療が担うべき重要な領域である。本ガイドラインにより、精神科救急医療の従事者が自殺未遂者のケアについて理解が深まり、積極的に実践していかれることを祈念している。そして、わが国における自殺者数が、少なくとも平成9年以前の水準にまで復元することに貢献できれば幸甚である。

精神科救急ガイドライン「自殺未遂者への対応」作成班

日本精神科救急医学会

- 平田豊明（理事・医療政策委員長・監修者）
- 大塚耕太郎（会員・執筆者）
- 河西千秋（評議員・監修協力者）
- 川畑俊貴（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 鴻巣泰治（評議員・医療政策委員・執筆協力者）
- 酒井明夫（理事・執筆協力者）
- 佐藤雅美（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 澤温（理事長・医療政策委員・執筆協力者）
- 白石弘巳（監事・医療政策委員・執筆協力者）
- 杉山直也（理事・医療政策委員・教育研修委員長・執筆協力者）
- 塚本哲司（評議員・医療政策委員・執筆協力者）
- 中島豊爾（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 八田耕太郎（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 山田朋樹（会員・執筆協力者）

監修協力

- 伊藤弘人（国立精神・神経センター精神保健研究所）

- ¹ 松本俊彦、河西千秋：自殺未遂者への相談対応。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究平成19年度総括・分担研究報告書、61-81、2008
- ² Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM: Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*100:205-211, 1999
- ³ 張賢徳：自殺既遂者中の精神障害と受診行動。日本医事新報 3789：37-40, 1996
- ⁴ Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
- ⁵ World Health Organization: Figures and Facts about Suicide. [WHO/MNH/MBD/99.1]. Geneva, 1999 (高橋祥友：日本における自殺の疫学。(小林章雄, 坪井宏仁, 高橋祥友監修) 自殺予防学：医師・保健医療スタッフのために。p303-308, 学会出版センター, 東京, 2006 ((ed by D Wasserman) SUICIDE An Unnecessary Death. Martin Dunitz Ltd, London, 2001) の305ページより抜粋)
- ⁶ 張賢徳：自殺既遂者中の精神障害と受診行動 3789, 37-40, 1996
- ⁷ 飛鳥井望：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—。精神神経誌 96: 415-443, 1994
- ⁸ Preventing suicide: a resource for general physicians, WHO, Geneva, 2000 (河西千秋、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)
- ⁹ Harris EC, Barraclough B: Suicide as an Outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*170:205, 2008
- ¹⁰ Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatr Clin North Am*10: 185-206, 1987 1987
- ¹¹ 山家健仁、大塚耕太郎、星克仁、磯野寿育、遠藤仁、中村光、遠藤重厚：自殺企図者の年代分布を踏まえた性差による比較検討。岩手医学誌 60, 89-103, 2008.
- ¹² 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第2版。医学書院, 東京, 2006
- ¹³ Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann J: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry*158:427-432, 2001

別添資料

平成 20 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遺族等へのケアに関する研究

自殺に傾いた人を支えるために
-相談担当者のための指針-

-自殺未遂者、自傷を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア-

平成 21 年 (2009 年) 1 月 31 日

目次

I. はじめに	P 2
1. 指針作成の経緯と目的	P 2
2. 指針を使用する人とその対象	P 2
3. 指針を使用する際の留意事項	P 2
II. 本編	P 3
1. 自殺に傾いた人の心理と行動	P 4
自殺に傾いた人の心の状態と行動	
2. 自殺の危険因子	P 4
自殺の危険因子として知られているもの	
3. 自殺に傾いた人への対応の基本	P 5
心構えと基本姿勢	
対応の手順	
相手の気持ちに焦点をあてること	
4. アセスメント(評価)と対応	P 8
自殺の危険度の評価と対応	
自殺を防ぐ方向に働く要因	
5. 社会資源を利用した継続的な支援とケアの提供	P10
社会資源や支援・ケアの利用に際しての留意事項	
相談担当者が活用・提示できる社会資源	
6. 継続的支援の効果の評価と修正	P12
出会い方の相違による支援の効用と限界	
7. 相談担当者に対する支援とケア	P14
支援の方法・内容の具体例	
8. 地域の自殺対策と生きやすい地域づくりに向けた取り組み	P15
公民協働で取り組む「生きやすい地域づくり」	
III 解説と資料	p16
1. わが国の自殺問題の現状と対策のあゆみ	p16
2. 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱	p16
3. 本指針作成の経緯	p19
4. メンタルヘルス対策の重要性	p20
5. 参考文献/参考資料	p21

【コラム目次】

1 相談担当者が留意すべきこと	P 5
2 してはいけない対応	P 6
3 具体的支援の重要性	P 6
4 個別性と地域性への配慮	P 6
5 家族への支援	P 6
6 死にたい気持ちを打ち明けられたときの心構え	P 7
7 相談担当者は重要な社会資源	P11
8 社会資源を十分に活用するために必要なこと	P13
9 継続的な支援に向けた相談体制の整備	P13
10 担当者が燃え尽きないために	P14

I. はじめに

1. 指針作成の経緯と目的

わが国では、平成10年以降、自殺者数が激増し、10年連続で年間3万人を超える人々が自殺で亡くなっている。この自殺問題への対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法」が成立し、平成19年6月には「自殺総合対策大綱」が策定された。そして、平成20年3月、厚生労働省が招集した有識者検討会により、「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」が公表された。

本指針「自殺に傾いた人を支えるために：相談担当者のための指針」は、先の作成指針に基づき、フロントラインの地域保健福祉関係者等が、自殺に傾いた人の相談・支援を行おうとする際の指針として、また、相談・支援を行う人材養成の際の補助教材として使用されることを目的に、そして、今後、さまざまな自殺対策の領域で作成されるガイドラインの参考となることなどを目的に作成されたものであり、相談と支援活動に必要な基本的な知識や行動指針を示したものである。

なお、上記作成指針に基づき、「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」が、本指針と対をなす指針として作成されており、本指針と併せて使用することが望まれる。

2. 指針を使用する人とその対象者

本指針の使用者としては、主に、以下にかかげる「地域において相談対応や支援・ケアにたずさわる人たち」を想定している。

- ・保健所および精神保健福祉センター職員
- ・市町村の行政関係職員
- ・民生委員・児童委員
- ・その他、地域において自殺問題に取り組む人

そして、支援対象者としては、自殺未遂者、自傷を繰り返す人および自殺を考えている人を含む「自殺に傾いた人」を想定している。

3. 指針を使用する際の留意事項

本指針に盛り込まれている事柄のすべてを、相談担当者、あるいは、相談に対応する部署や組織が単独で実施することは不可能である。

また、本指針は地方自治体のさまざまな行政相談窓口や関連相談諸機関における業務内容および相談対応上の責務を規定しようとするものではない。

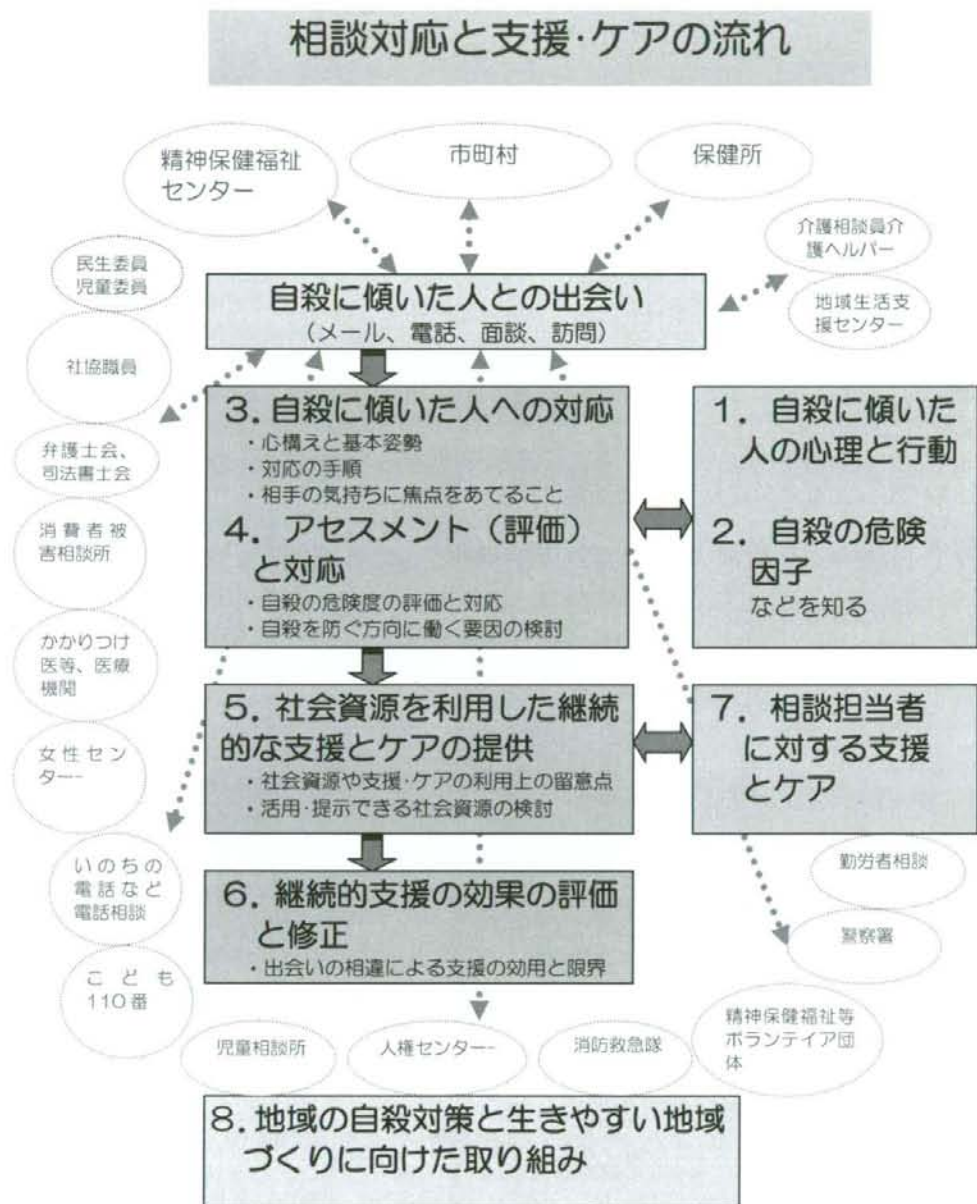
本指針で示した相談対応ができるようにするためには、相談担当者の養成研修や、地域資源の連携ネットワーク作りなどの取り組みが必要である。

なお、本指針は、地方自治体の各種行政相談窓口や関連相談機関での相談対応や支援・ケアを行う上で必要となる共有の知識や対応法を示そうとするものであり、それぞれの地域の特性や機関の特徴などについては考慮されていない。したがって、各地方自治体や組織においては、本指針を参考に、それぞれの地域の実情や資源の実情を踏まえながら固有の自殺対策指針の作成や、具体的・実用的な手引きなどを作成することが望ましい（参考文献/参考資料参照）。そして、本指針が、相談担当者の研修を企画立案する際などに活用され、それぞれの地域や組織で自殺に傾く人への支援とケアに向けた実践活動の展開へと広がっていくことが期待される。

II. 本 編

地域の自殺対策ネットワークの中における、相談担当者の対応と支援・ケアの流れを図で示した（なお、図中の数字は該当の章を指す）。

以下、本編の各章において、具体的な内容について要点を説明する。



1. 自殺に傾いた人の心理と行動

自殺に傾いた人の支援を行おうとする際に、まず、その相手のことを知り、理解することが必要である。自殺に傾いた心の状態はどのようなものなのか、それを知ることが、相談対応と支援のための第一歩となる。

【自殺に傾いた人の心の状態と行動】

- 無力感、絶望感にとらわれていて、孤立無援感に陥りやすい。
- 自分自身に対する自信を失いがちで、自分には価値がないと思いがちである。
- 考え方や物事の見方に柔軟性を欠いていて、抱えている問題を合理的に解決することができない。
- 自殺によって、「終わらせること」、あるいは困難から「抜け出す」ことが唯一の解決方法だと思い込んでしまう（「死にたい」ではなく、「終わらせたい」、「抜け出したい」）。
- 自殺を考える一方で、「生きたい」という願望が同時に存在し、誰かに助けを求めている。
- 自殺を考えていることを誰かに気づいてもらいたい、助けてもらいたいという思いを、態度やことば、仕草などで伝えている。
- 自殺に傾く過程で、多くの人が精神疾患を発症している。
- 精神不安定や不快な気持ち、不安を取り除くためにアルコールや薬物を過量に使用し、冷静な判断を欠いている状態で自殺が企図されたり、結果として自殺に到ることが少なくない。
- その人の衝動的な傾向や自身に対する攻撃性が、自殺企図を後押しすることがある。

2. 自殺の危険因子

脳卒中の危険因子が高血圧であったり、肺がんの危険因子が喫煙であるように、自殺にも自殺を生じやすくするような危険因子がある。

【自殺の危険因子として知られているもの】

- 自殺をしようという意思（自殺念慮）をもっている。死ぬことを考えている（「死ぬことができるなら」、「死んでしまいたい」：希死念慮）。
- 過去に自らを傷つけたことがある（手首を切る、大量に薬を摂取するなど）。
- 過去に自殺未遂をしたことがある。
- 自らの健康状態を省みない行動（違法薬物の摂取、アルコールの過剰摂取、危険行為、治療不遵守など）
- 精神疾患にかかっている。
- がんなどの進行性の病気にかかっている。慢性疾患や慢性の疼痛をかかえている
- 最近、親しい人を失った（死別、離別、別居、離婚、失恋など）
- 最近、仕事を失った。
- 最近、経済的に破綻をした。
- 相談相手や助けてくれる人がなく、孤立をしている。
- 自殺手段を手に入れやすい環境にある（薬物等の薬品や毒物、火器など）を手に入れやすい。
- 自殺に関する情報にさらされる（報道機関による過剰な自殺報道、報道やインターネットで自殺手段が詳しく紹介されるなど）。

3. 自殺に傾いた人への対応の基本

自殺に傾いた人にどのように接して、何をしたらよいのだろうか？ ここでまず大切なことは、自殺に傾いた人に対応するときの相談担当者自身のありかたや態度に留意することである。そして、自殺に傾いた人や自殺行動の特徴を踏まえたうえで、具体的に対応していくことになる。相談対応といっても、自殺に傾いた人が自発的に多くを語りぬ場合もあるし、自らが抱えている問題が十分に把握されていないこともある。

【心構えと基本姿勢】

- 相手の状況をいったん受け止め、相手の気持ちや立場に立って共に問題解決を考える。（受容と共感）
- 相手の心情に応じて穏やかな対応を心がける
- まず、相手の話すところにじっくりと耳を傾ける。良し悪しの判断をせずに虚心に話を聴く（傾聴）。
- たとえ相手が投げやりになっていても、また自らを傷つけるような行動をとっていたとしてもいたずらに責めたり、批判的な態度をとらない。むしろ相談に訪れたこと、死にたい気持ちや、自傷・自殺未遂について打ち明けてくれたことをねぎらう。
- いかなる状況や相談でも、真剣にとらえる。
- 安易な励ましや安請け合いはしない。
- 説明や提案は明確に行う。行動を促す場合や何らかの紹介を行う場合は、具体的・実際的で相手にとって役に立つものでなければならない。

★1 相談担当者が留意すべきこと

相談担当者は、死にたい気持ちを打ち明けられて、動揺したり不安に感じることもあるかもしれない。また、自らの人生経験や価値観から、無意識のうちに自殺に傾く人に批判的な思いを抱く事があるかもしれない。そのような自分の気持ちや考え方をまず自覚したうえで、これを制御し、相談者への理解や共感に務める事が大切である。

【対応の手順】

- 傾聴に努め、まず状況を把握する。
- 問題となっていることがらを整理する。大抵の場合、問題は複合的な場合が多い。
- 自殺の生じる危険性のアセスメント（評価）をする（いま死にたい気持ちがどうなのか、危険因子があるか、身近に支援をしてくれる人がいるのか、キーパーソンはだれなのかなど→アセスメント（評価）についてはさらに後述）。
- 自殺の危険性が高い場合には、医療機関での対応、身近な人や警察官への要請などを通じて安全を確保する。
- 自殺を防いできた、あるいは自殺を予防する方向に作用する要因を見定め、これを強化する（→これらの要因については後述）。
- 自殺をしてしまうこと以外の解決法があることを伝え、その方法を話し合う。
- キーパーソンを見定め、ともに支援にあたることを要請する。
- 支援・ケアと社会資源の導入を検討する。
- 自殺をしない約束を交わす。