

令和7年11月11日  
呉市医師会館 5階 講堂

# 自殺を防ぐために私たちにできること

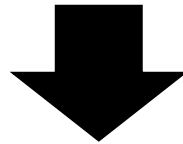
令和7年度呉圏域自殺対策研修会

呉医療センター精神科 大盛 航

# 自殺の概要

# 自殺とは

- なぜ自殺は起こるのだろうか？
- なぜ毎年多くの人が命を断つのか？
- 貧困や失業が原因？
- 人間関係の破綻が原因？
- うつ病や他の精神障害の影響？
- 自殺は衝動的な行動の結果？
- アルコールや薬物の脱抑制効果によるもの？

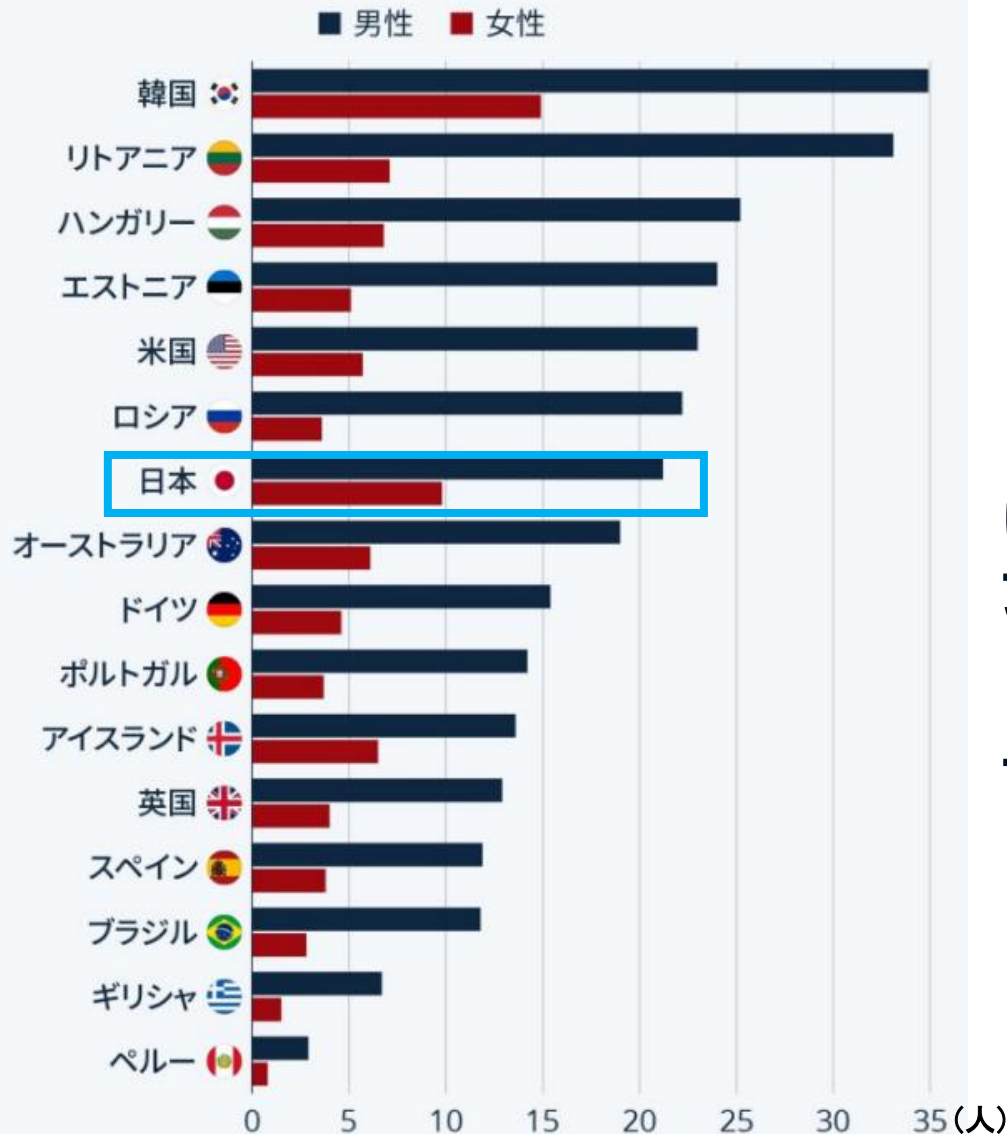


- 疑問は数多くあげられるが、それに対する単純な答えは1つとしてない  
なぜ人々が自殺するのかを説明するに足る単一の因子はない
- 自殺関連行動は、個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして  
環境的因子が互いに絡み合って影響する複雑な現象

*「Preventing Suicide: a global imperative」(WHO 2014)*

# 世界各国の自殺率

世界各国における10万人当たりの自殺死亡率\*



- ・男性 > 女性
- ・日本人男性の自殺死亡率は人口10万人当たり21.2人で女性は9.8人
- ・女性の自殺率が日本を上回ったのは韓国のみ

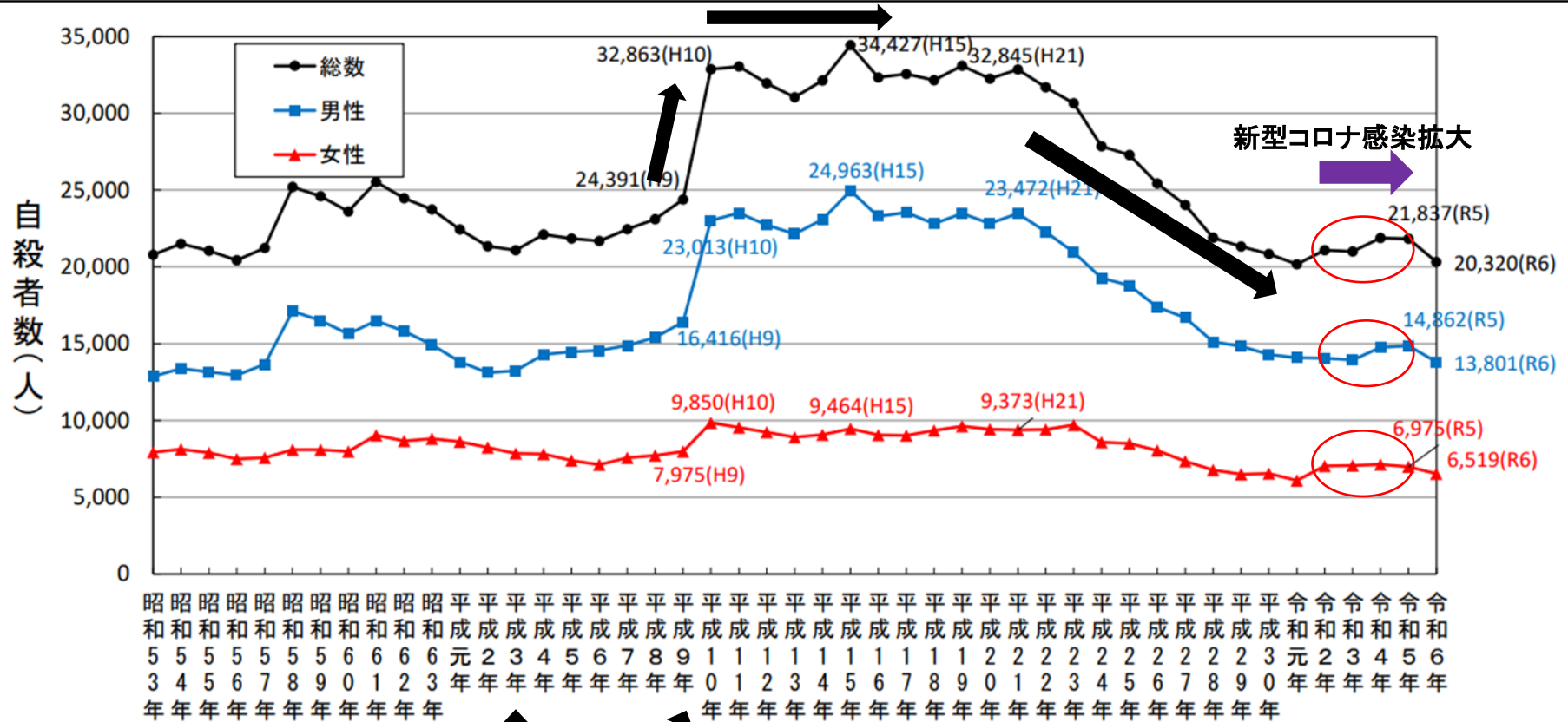
\* 2021年時点、または最新のデータ  
出典元: OECD

# 我が国は平成9～10年に自殺が激増

- 平成9～10年 (1997～98年 )にかけて、自殺者数が35%以上増加し年間3万人台に
- 2000年代に入っても自殺者数 3万人台が続いた
- 国が自殺対策に本腰を入れ、平成18年(2006年)に自殺対策基本法が、平成19年(2007年)に自殺総合対策大綱を制定
- 自殺対策として内閣府を中心に省庁横断的取り組みが開始

# 自殺者数の年次推移

○令和6年の自殺者数は20,320人で、前年と比べ1,517人減少し、統計開始以降2番目に少ない数値となった。  
○男女ともに減少しており、男性は3年ぶりの減少、女性は2年連続の減少となった。また、男性の自殺者数は、女性の約2.1倍である。

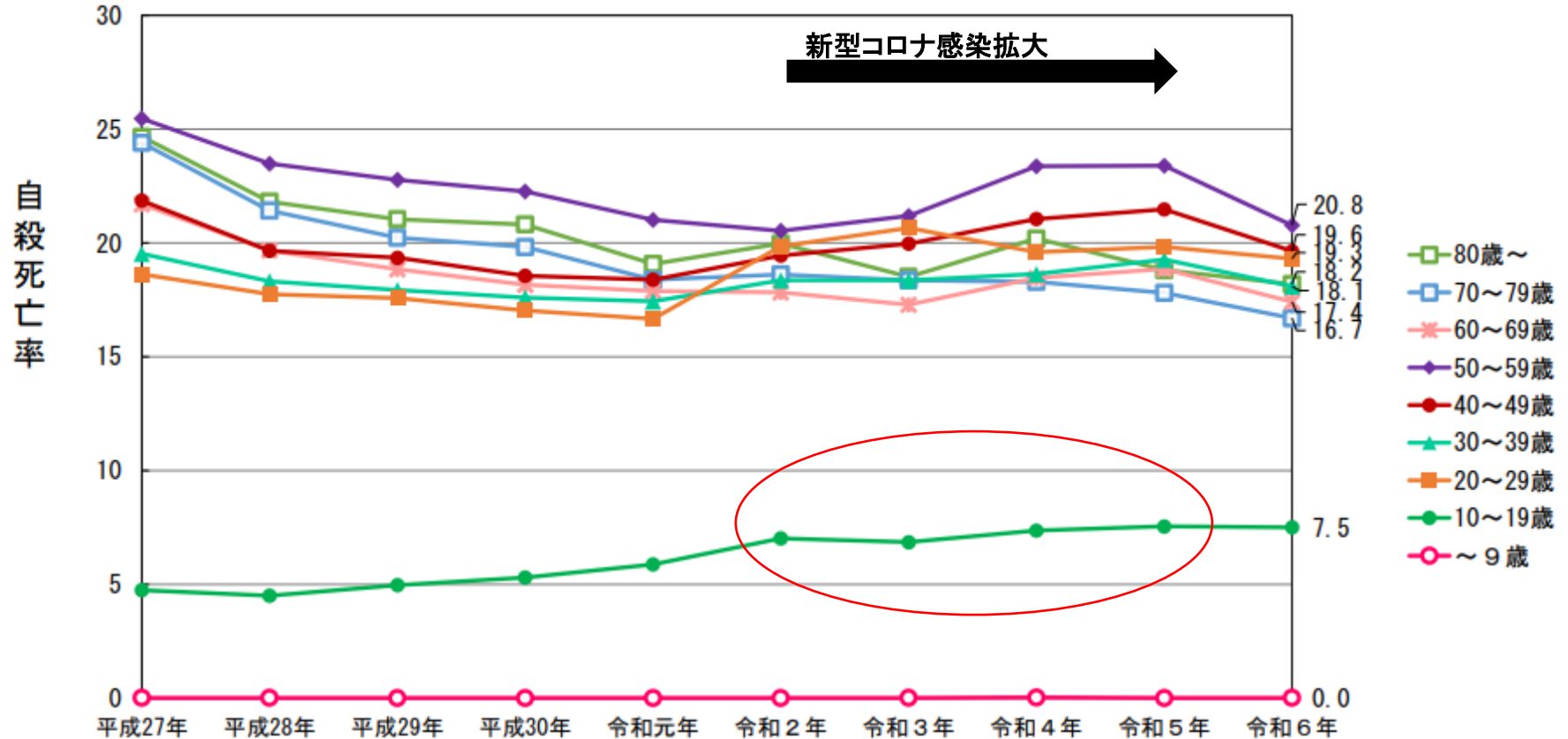


バブル崩壊  
大企業や大手金融機関が相次いで倒産  
自決対策基本法  
自決総合対策大綱  
資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

# 年齢別自殺死亡率の年次推移

○令和6年は前年と比べ、多くの年齢階級で低下したが、9歳以下及び10歳代は横ばいとなった。

○最も低下した年齢階級は50歳代（2.6ポイント低下）であった。



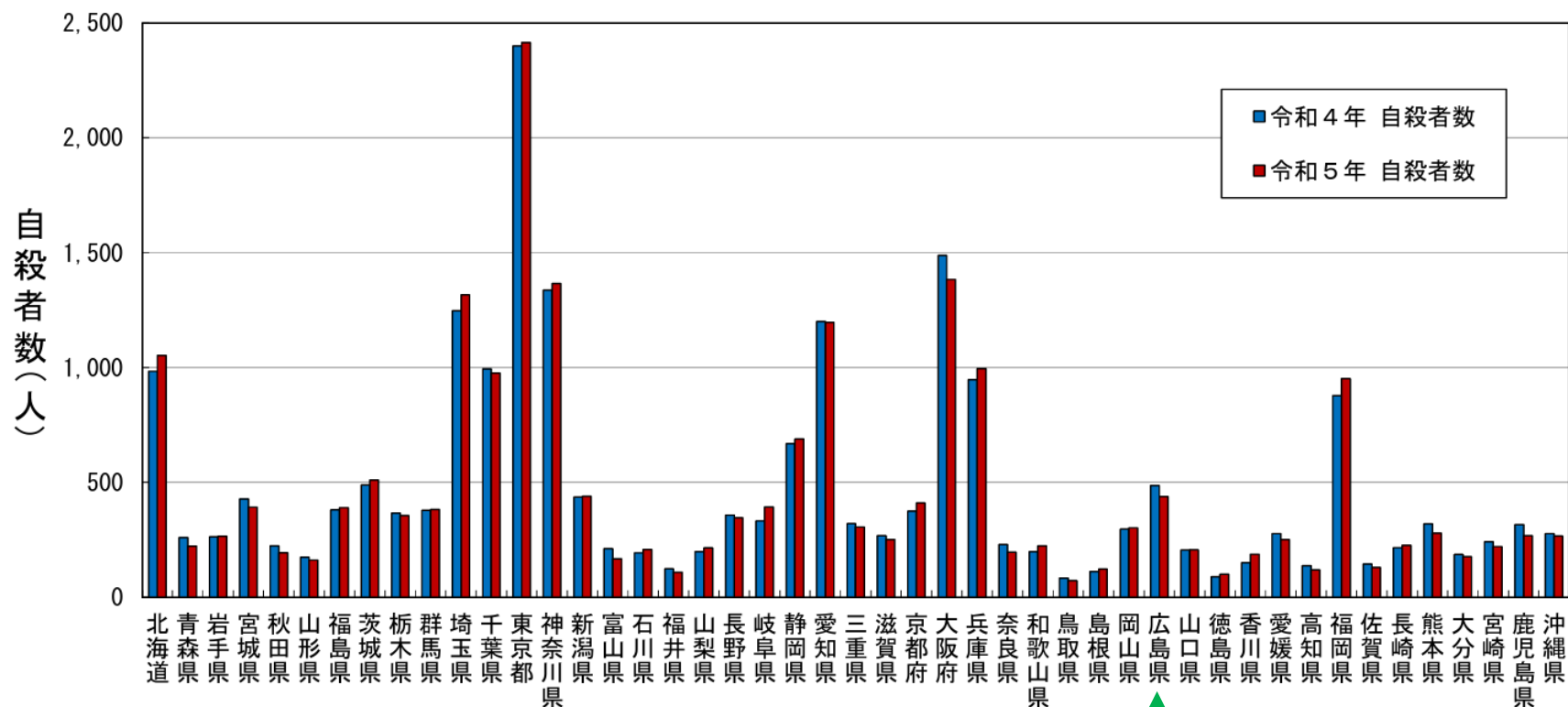
※ 自殺死亡率は、人口10万人当たりの自殺者数である。

資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「人口推計」より厚生労働省作成

# 都道府県別自殺者数の前年比較

○令和5年は前年と比べ、23都道府県で増加し、24府県で減少した。

○最も増加したのは福岡県（73人増）であり、最も減少したのは大阪府（105人減）であった。



※ 自殺者数は発見された都道府県別に計上している。

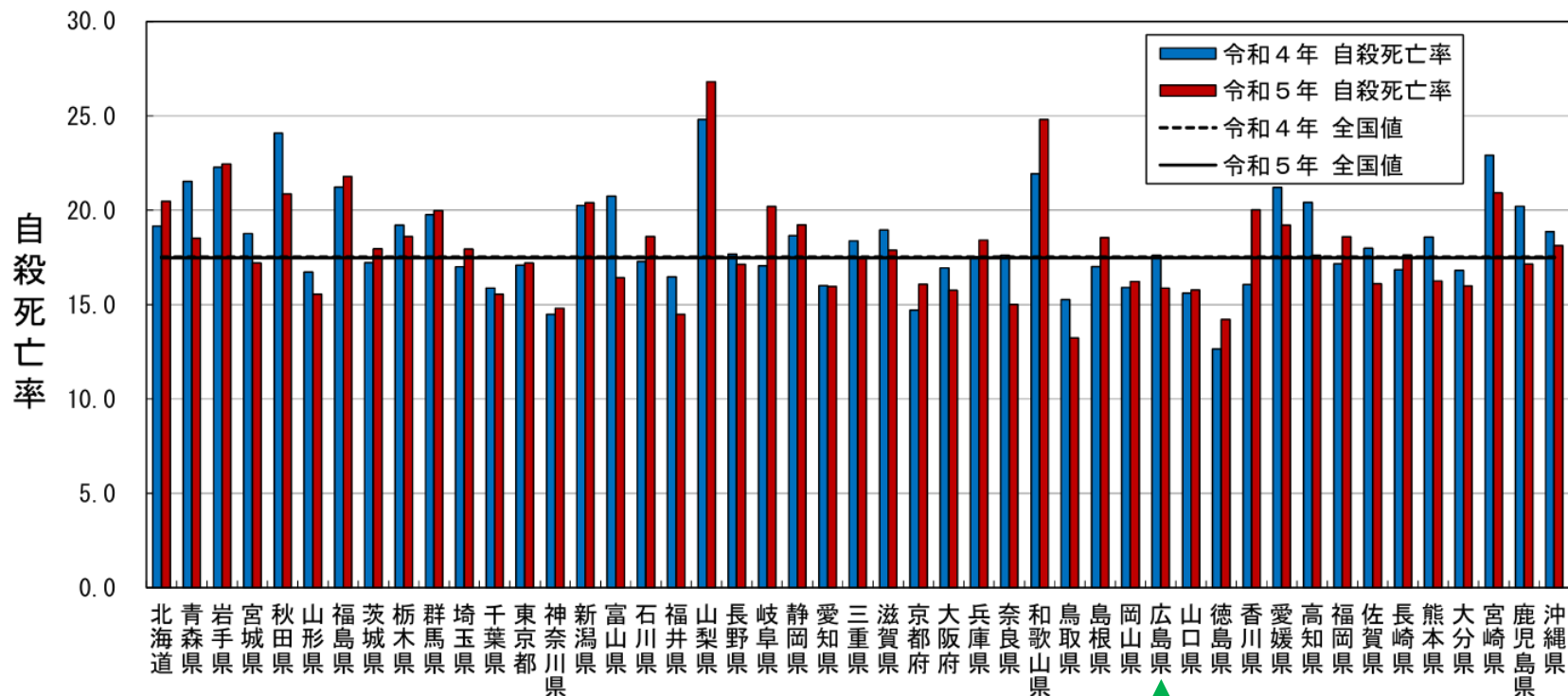
資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成



# 都道府県別自殺死亡率の前年比較

○令和5年は前年と比べ、23都道府県で上昇し、24府県で低下した。

○最も上昇したのは香川県（+4.0ポイント）であり、最も低下したのは富山県（-4.3ポイント）であった。



※ 自殺者数は発見された都道府県別に計上している。

※ 自殺死亡率は、人口10万人当たりの自殺者数である。

※ 人口は、総務省「人口推計」の「各年10月1日現在人口」（2022年）による。

（データの制約上、都道府県別の算出には令和4年の人口を用いるため、本図表の令和5年の自殺死亡率（全国）も令和4年の人口を用いて算出している。そのため、令和5年の自殺死亡率（全国）については他の図表における数値と異なる点に留意が必要。）

資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「人口推計」より厚生労働省作成

# 自殺総合対策大綱

～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～（平成24年閣議決定）

## 基本認識

＜自殺は、その多くが追い込まれた末の死＞

＜自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題＞

＜自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い＞

メンタルヘルスに  
影響する要因

社会的  
失業  
倒産  
多重債務  
長時間労働  
など

個人的  
健康問題  
家庭問題  
性格傾向  
死生観 など

メンタルヘルス  
上の問題

うつ病  
アルコール症  
統合失調症  
など

自殺直前の心理

絶望的なまでの孤立感  
無価値感  
極度の怒り  
窮状が永遠に続くという確信  
心理的視野狭窄  
あきらめ  
全能の幻想

# 「自殺総合対策大綱」（令和4年10月閣議決定）（概要）

- 平成18年に自殺対策基本法が成立。
- 同法に基づく「自殺総合対策大綱」に基づき、自殺対策を推進。

現行：令和4年10月14日閣議決定  
第3次：平成29年7月25日閣議決定  
第2次：平成24年8月28日閣議決定  
第1次：平成19年6月8日閣議決定

## 第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- ✓ 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等  
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

## 第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- ✓ 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- ✓ 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- ✓ **新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進**
- ✓ 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

## 第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する
6. **自殺者等の名誉及び生活の平穏に配慮する**

## 第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気付きと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に関わる人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. **子ども・若者の自殺対策を更に推進する**
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する
13. **女性の自殺対策を更に推進する**

## 第5 自殺対策の数値目標

- ✓ 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すため、当面は先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和8年までに、自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）を平成27年と比べて30%以上減少させることとする。  
（平成27年：18.5 ⇒ 令和8年：13.0以下）※令和2年：16.4

## 第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し



# 「自殺総合対策大綱」

## ＜第4 自殺総合対策における当面の重点施策の概要＞

### 8.自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

- 地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備
- 救急医療機関における精神科医による診療体制等の充実
- 医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化
  - ・自殺未遂者を退院後に円滑に精神科医療につなげるための医療連携体制の整備
  - ・自殺未遂者から得られた実態を分析し、匿名でのデータベース化を推進
- 居場所づくりとの連動による支援
- 家族等の身近な支援者に対する支援
  - ・傾聴スキルを学べる動画等の作成・啓発
- 学校、職場等での事後対応の促進

### 9.遺された人への支援を充実する

- 遺族の自助グループ等の運営支援
- 学校、職場等での事後対応の促進
  - ・学校、職場、公的機関における遺族等に寄り添った事後対応等の促進
- 遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等
  - ・遺族等が直面する行政上の諸手続や法的問題等への支援の推進
- 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上
- 遺児等への支援
  - ・ヤングケアラーとなっている遺児の支援強化

### 10.民間団体との連携を強化する

- 民間団体の人材育成に対する支援
- 地域における連携体制の確立
- 民間団体の相談事業に対する支援
  - ・多様な相談ニーズに対応するため、SNS等を活用した相談事業支援を拡充
- 民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

### 11.子ども・若者の自殺対策を更に推進する

- いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- 学生・生徒への支援充実
  - ・長期休業の前後の時期における自殺予防を推進
  - ・タブレット端末の活用等による自殺リスクの把握やプッシュ型の支援情報の発信を推進
  - ・学校、地域の支援者等が連携して子どもの自殺対策にあたることのできる仕組みや緊急対応時の教職員等が迅速に相談を行える体制の構築
  - ・不登校の子どもへの支援について、学校内外における居場所等の確保
- SOSの出し方に関する教育の推進
  - ・命の大切さ・尊厳、SOSの出し方、精神疾患への正しい理解や適切な対応を含めた心の健康の保持に係る教育等の推進
  - ・子どもがSOSを出しやすい環境を整えるとともに、大人が子どものSOSを受け止められる体制を構築
- 子ども・若者への支援や若者の特性に応じた支援の充実
  - ・SNS等を活用した相談事業支援の拡充、ICTを活用した情報発信を推進
- 知人等への支援
  - ・ゲートキーパー等を含めた自殺対策従事者の心の健康を維持する仕組みづくり
- 子ども・若者の自殺対策を推進するための体制整備
  - ・子ども家庭庁と連携し、体制整備を検討

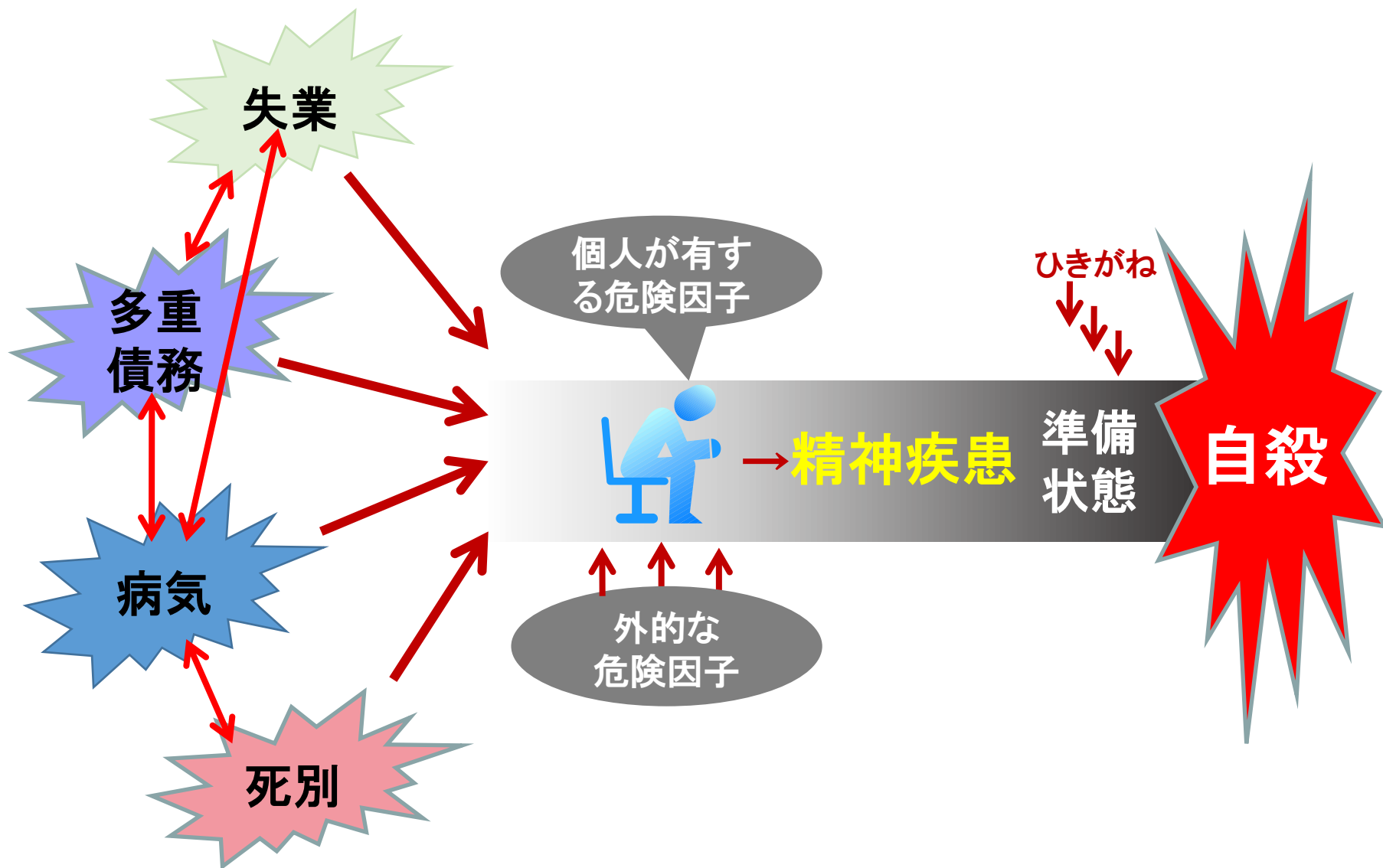
### 12.勤務問題による自殺対策を更に推進する

- 長時間労働の是正
  - ・勤務時間管理の徹底及び長時間労働の是正の推進
  - ・勤務間インターバル制度の導入促進
  - ・コロナ禍で進んだテレワークを含め、職場のメンタルヘルス対策の推進
  - ・「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、過労死等の防止対策を推進
  - ・副業・兼業への対応
- 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ハラスメント防止対策
  - ・パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント、妊娠・出産等に関するハラスメントの防止

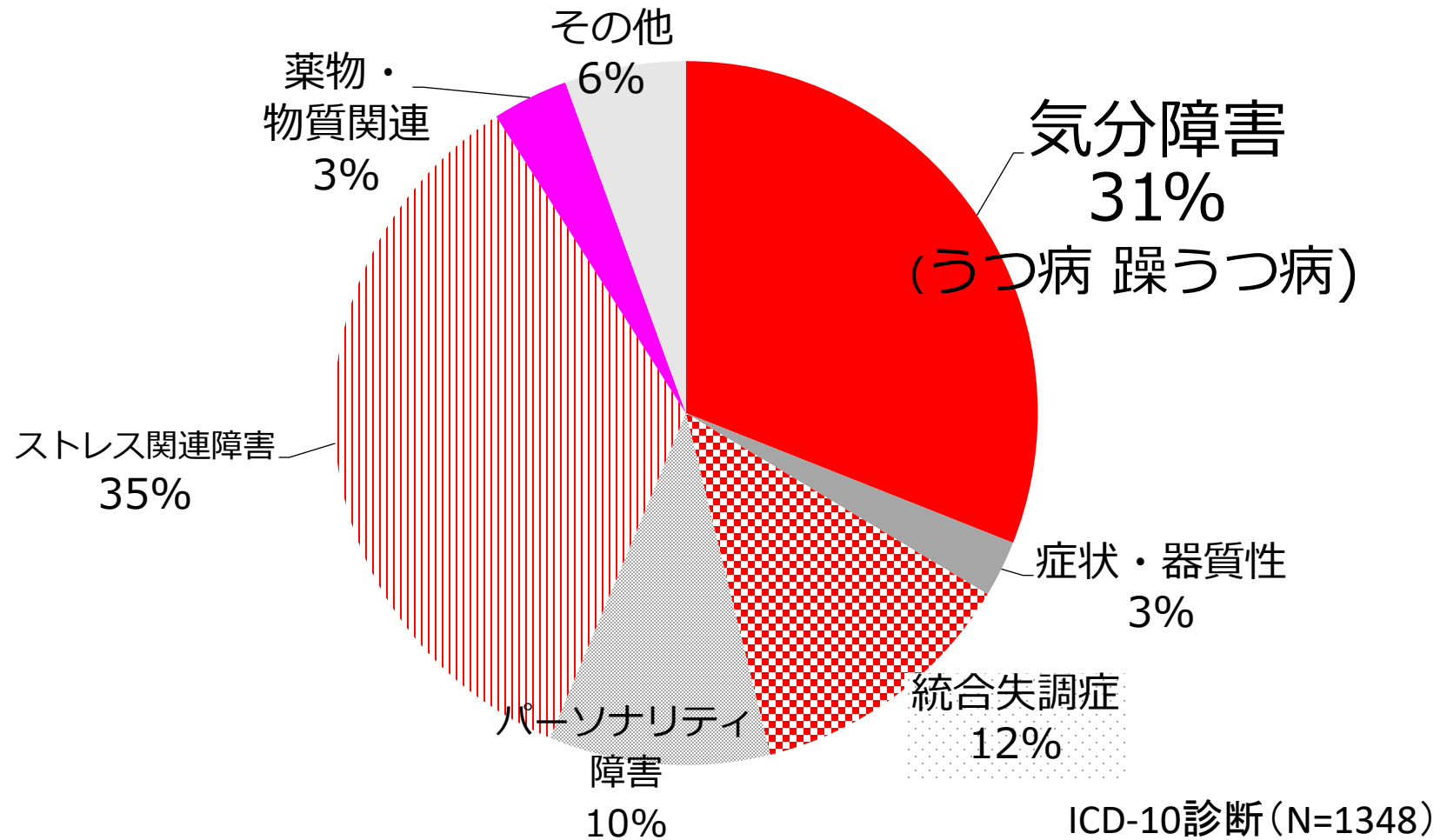
### 13.女性の自殺対策を更に推進する

- 妊産婦への支援の充実
  - ・予期せぬ妊娠等により身体的・精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等について性と健康の相談センター事業等による支援を推進
- コロナ禍で顕在化した課題を踏まえた女性支援
  - ・子育て中の女性等を対象にきめ細かな就職支援。
  - ・配偶者等からの暴力の相談体制の整備を進める等、被害者支援の更なる充実
  - ・様々な困難・課題を抱える女性に寄り添ったきめ細かい相談支援等の地方公共団体による取組を支援
- 困難な問題を抱える女性への支援

# 人が自殺に傾倒していくプロセス



# 自殺企図者の90%以上が精神疾患に罹患している



# 自殺をする人の心理

- **両価性**

生きたい願望 と 死にたい願望 の間の揺れ動き  
(苦しみから逃れたいという衝動と、生きたい願望がともに存在)

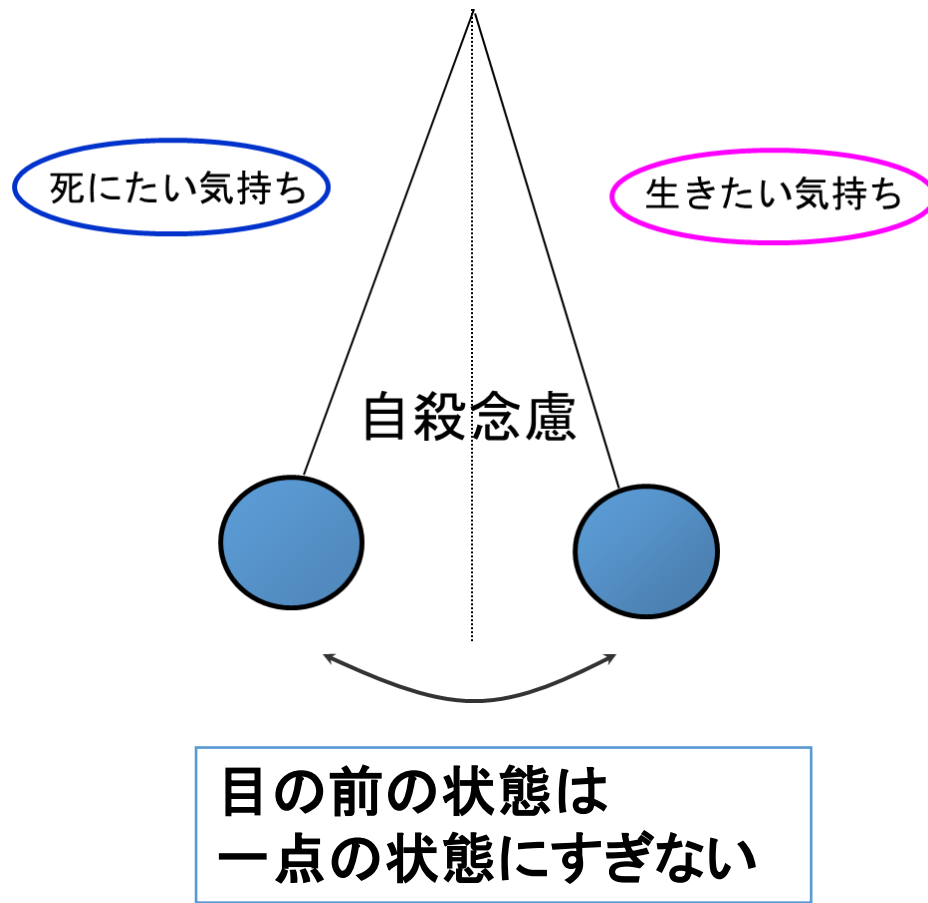
- **心理的視野狭窄**

切羽詰っていると、視野(思考・感情・行為)の幅が狭まっていく  
自殺以外の、問題解決の方法を考えられなくなってしまう

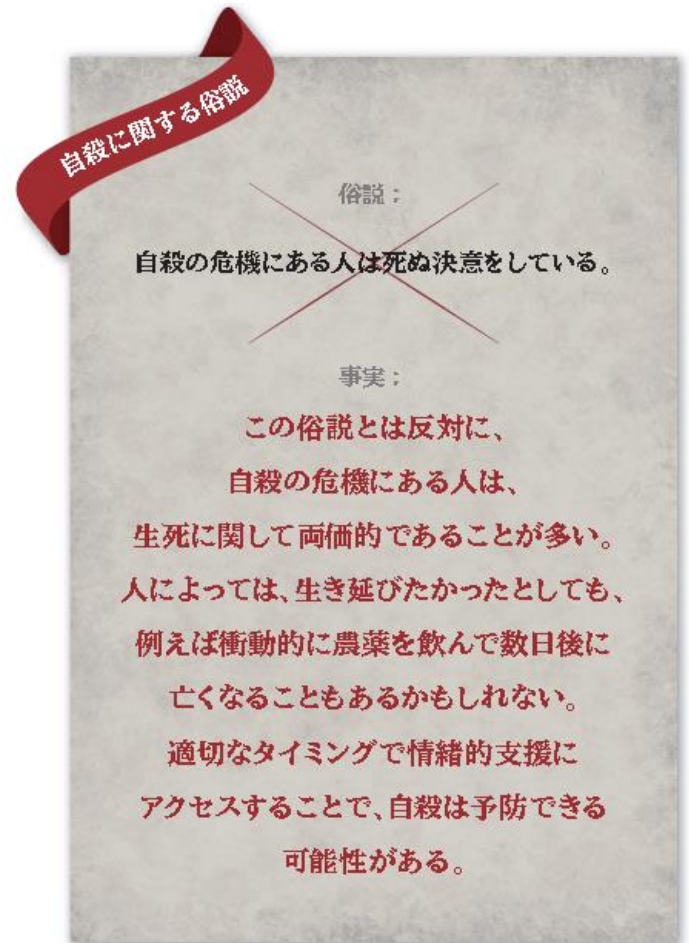
- **否定的認知**

「自分はダメな人間で(自己否定)、周囲も自分のことは認めてくれず(世界の否定)、きっと将来はひどいことになる(将来の否定)」

# 両価性「振子モデル」



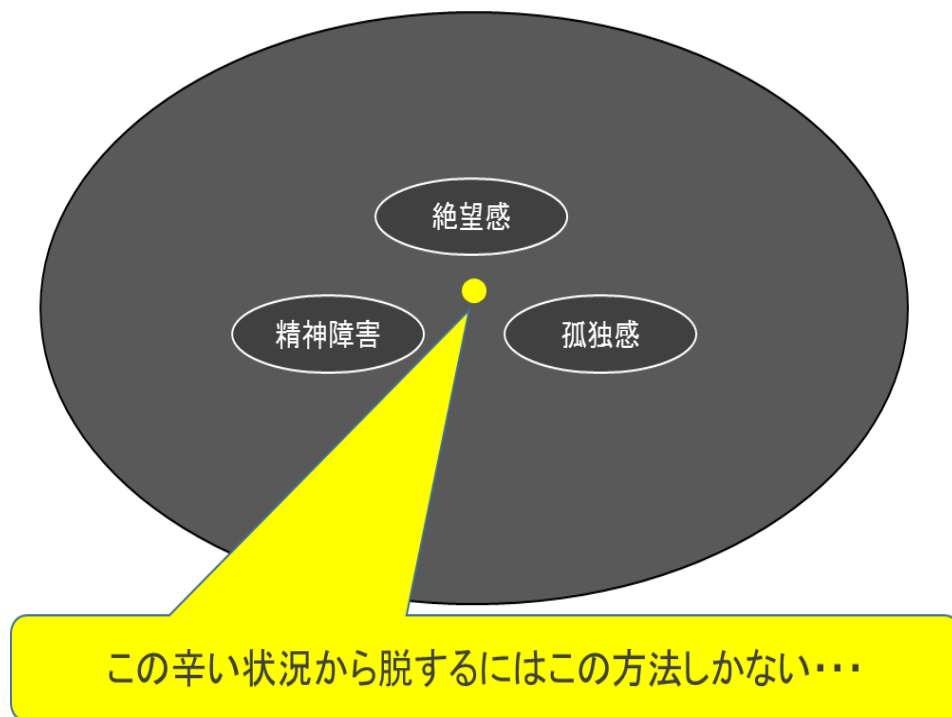
衛藤暢明先生(福岡大学) 資料より



「Preventing Suicide: a global imperative」  
(WHO 2014)



# 心理的視野狭窄 (トンネルの中の一点の光)



(Shneidman, 1993)

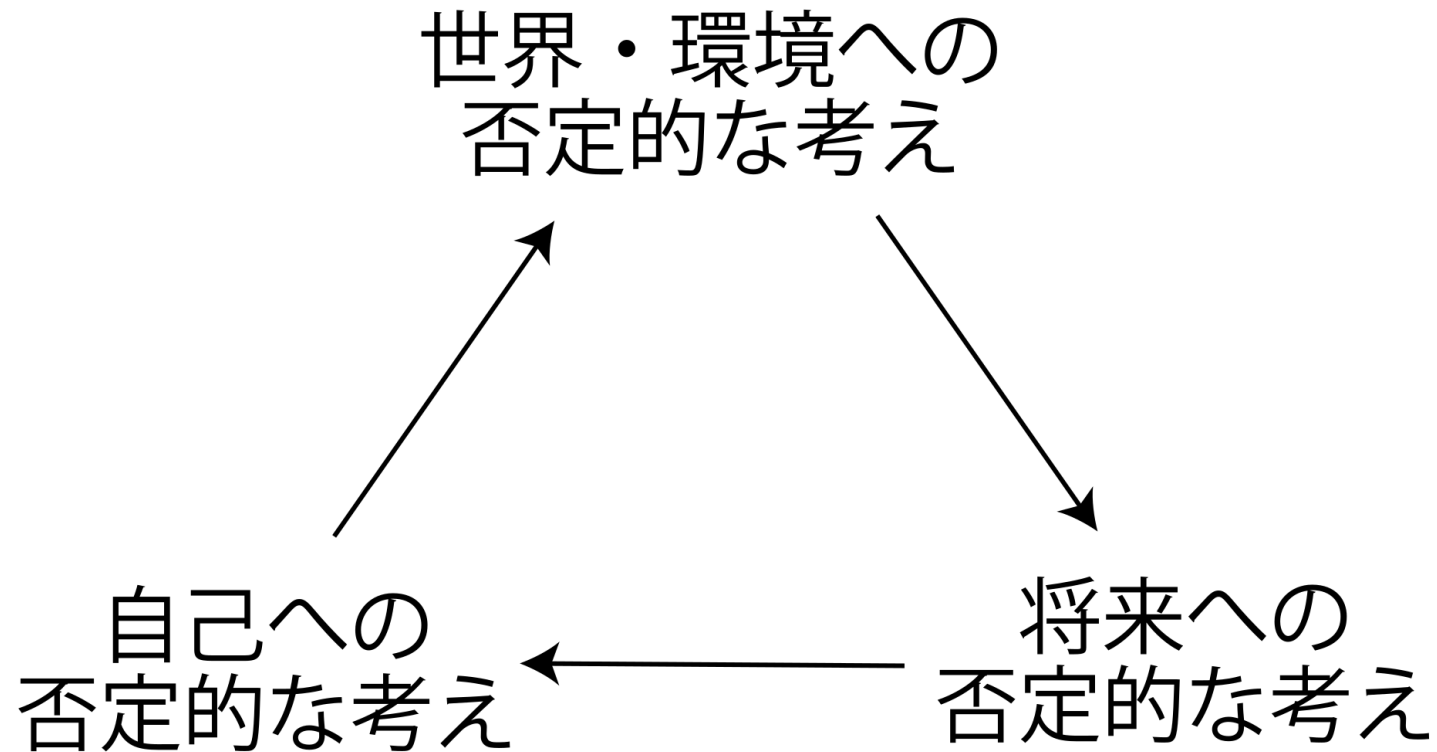
自殺に関する俗説

俗説：  
~~自殺を口にする人は実際には  
自殺するつもりはない。~~

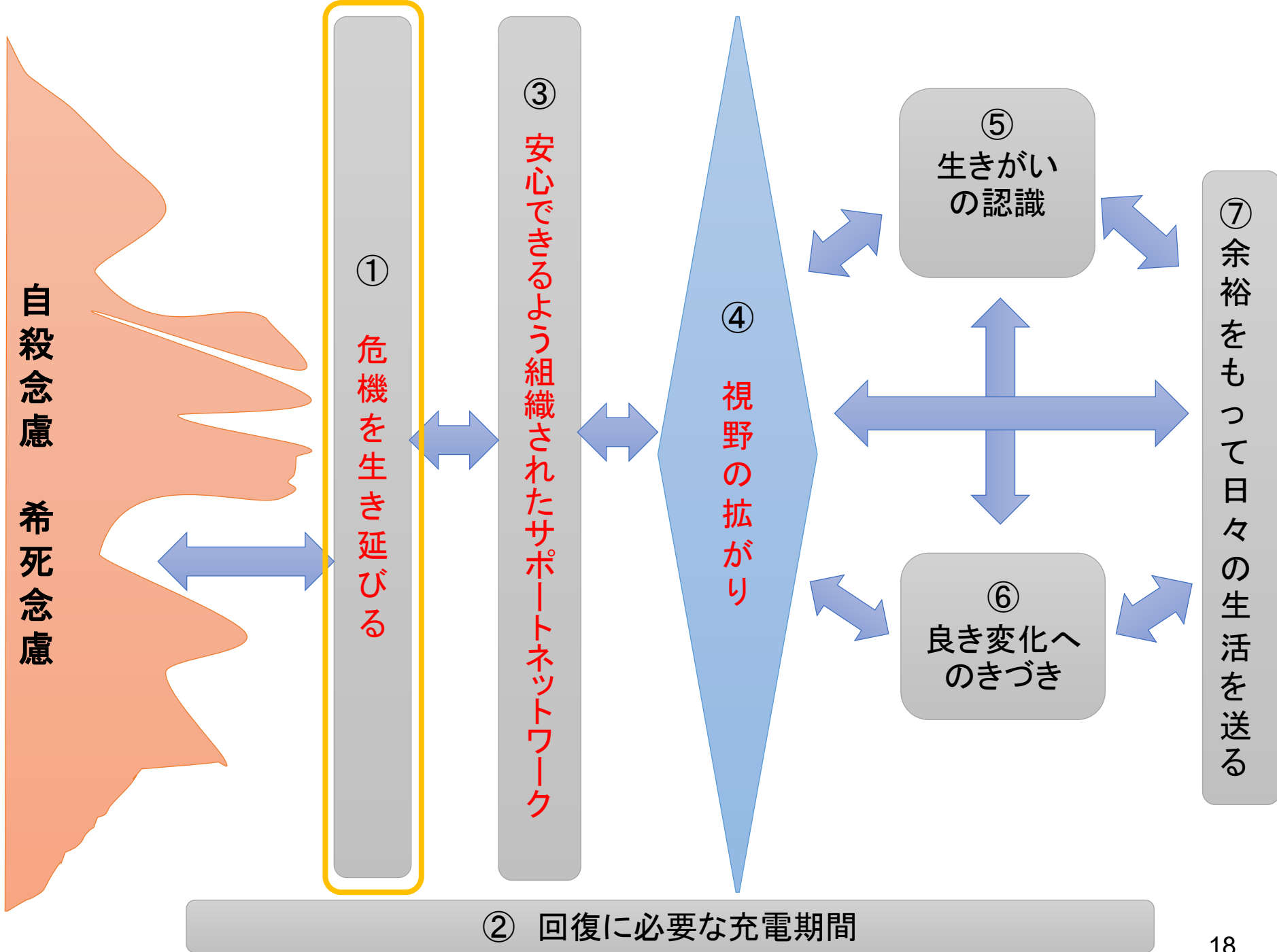
事実：  
自殺を口にする人は  
おそらく援助や支援を求めている。  
自殺を考えている人の多くが  
不安、抑うつ、絶望を経験しており、  
自殺以外の選択肢はないと感じている。

*「Preventing Suicide: a global imperative」*  
(WHO 2014)

# 否定的認知の3徴



(ベックのネガティブ認知トライアングル)



# 危機を生き延びる

- 「死と隣り合わせ」の非常に不安定な時期
- 本人を取り巻く状況は自殺企図直前と大きく変わらない
- 再自殺企図のリスクは、退院直後の期間特に高い(伊藤, 2004)
- 自殺企図をしない約束
- 自殺企図当時を回想する
- 自殺に伴う責任を自覚
- 「自殺」から距離を取る

## 自殺に関する俗説

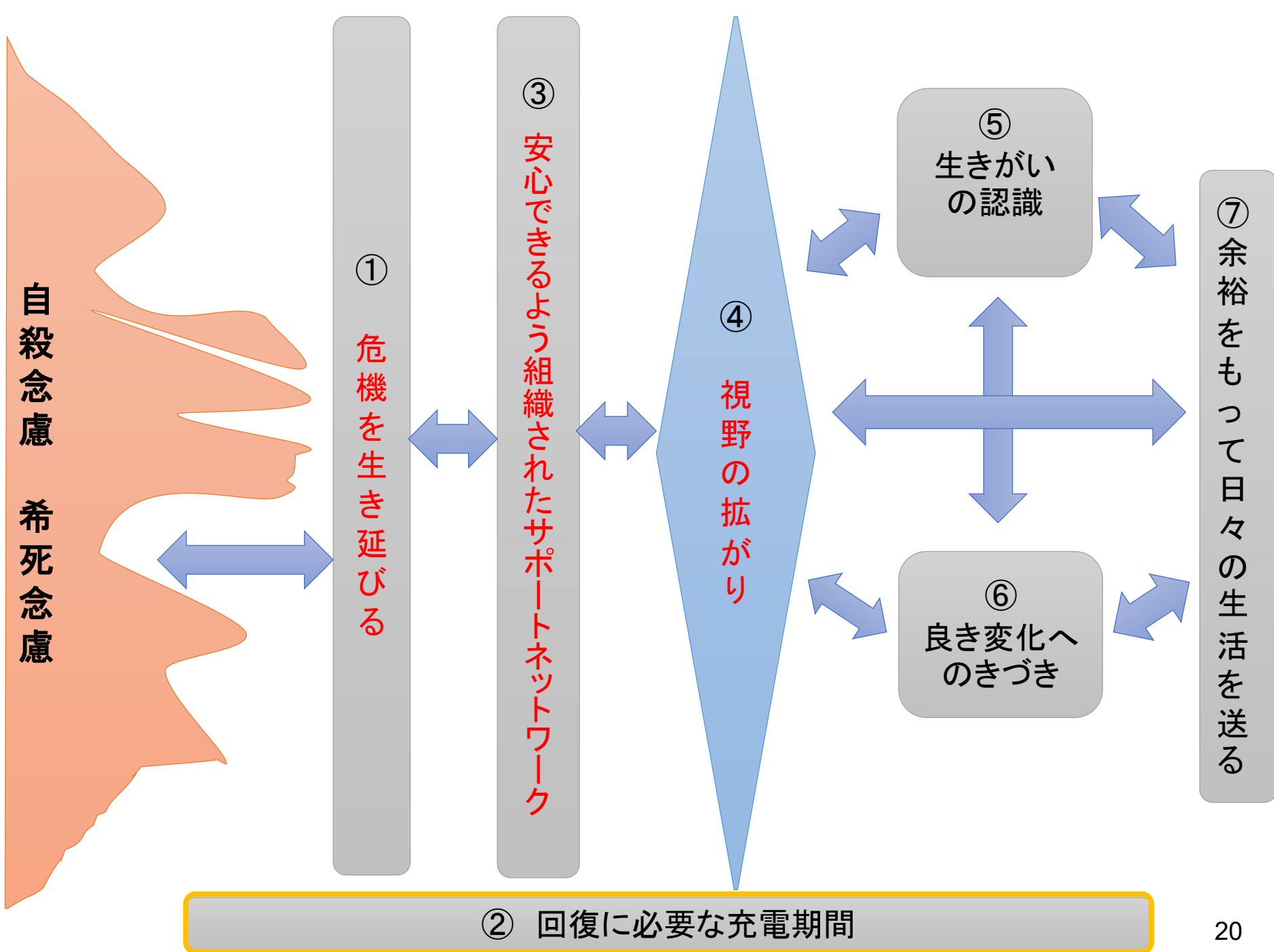
俗説:

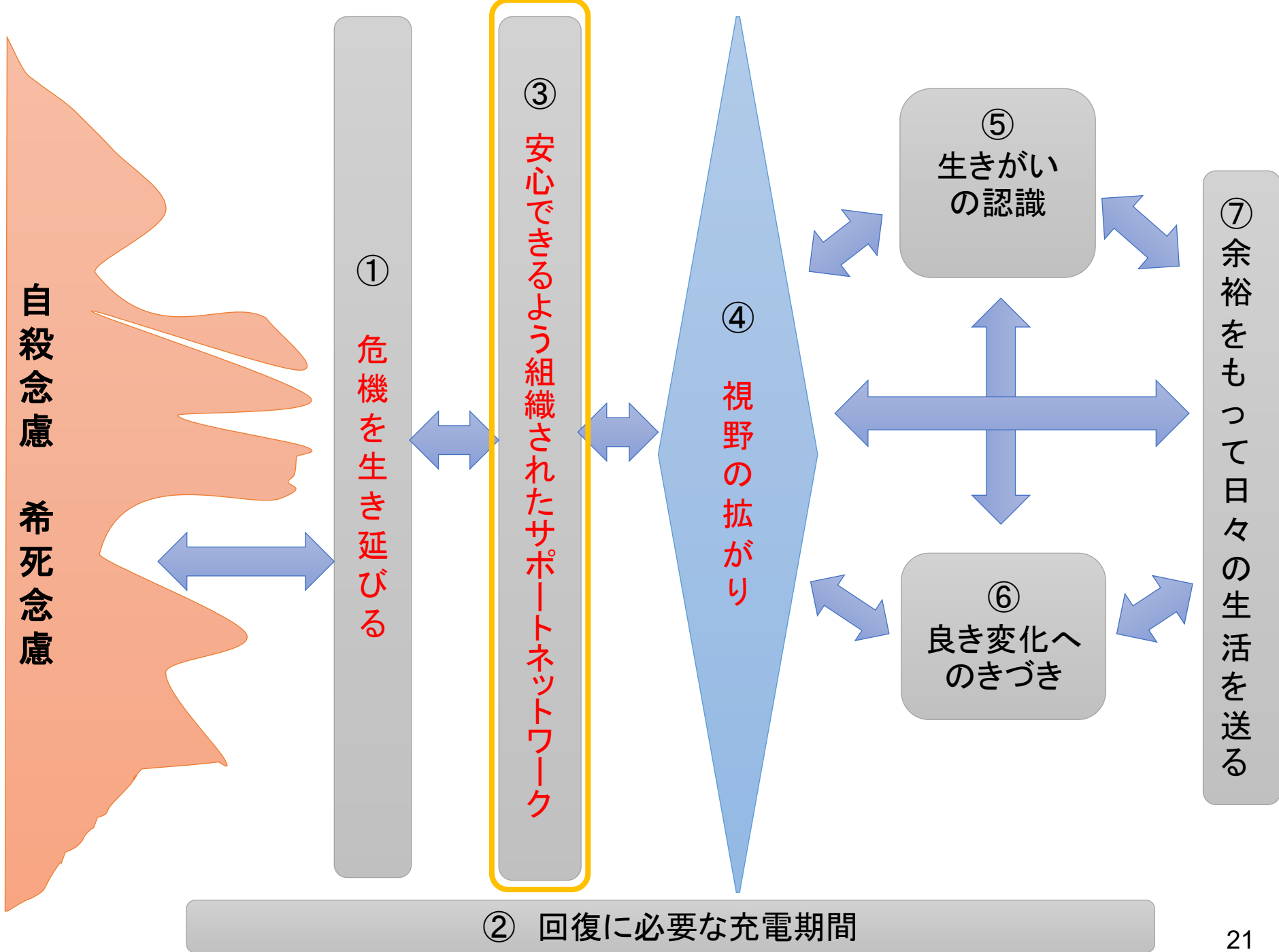
自殺の危機にある人は、  
いつまでも危機にあり続ける。

事実:

自殺の危険の高まりは  
しばしば短期的で状況特有である。  
自殺念慮を再び抱くことは  
あるかもしれないが永遠ではなく、  
以前自殺念慮があった人や  
自殺企図をした人でも  
長生きすることができる。

「Preventing Suicide: a global imperative」  
(WHO 2014)

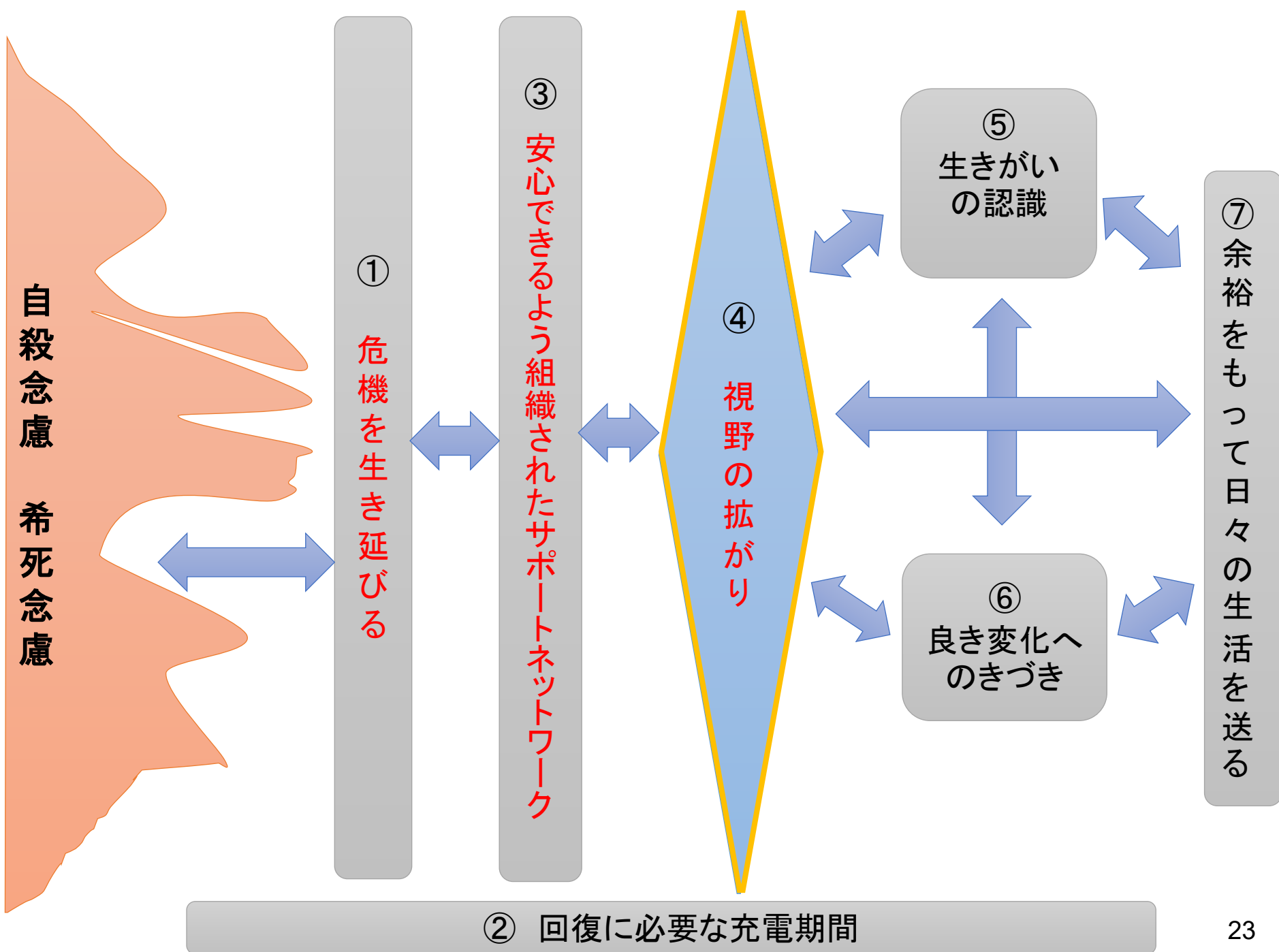




# 安心できるように組織されたサポートネットワーク

- 身近な家族や友人の他、専門家による特別な支援を含んだサポートネットワークの重要性
- 支援者からの後押し、励まし
- 応援してくれる伴走者
- 信頼に基づく関係性

→ 家族、友人、保健師、心理士、主治医、ソーシャルワーカーなど





# 視野の拡がり

- 心理的余裕が現れ、直面する問題への対処法の幅が拡がり、本人を悩ませる問題とも向き合えるようになる
- この時点で“自殺”は「直面する問題への対処行動」の一つではあれど、それ以外の多くの選択肢が有るため、自殺を選択する必然性が無くなる



寝て、一晩たってか  
ら考える

「すべてダメってわ  
けでも無いかも・・・」

弁護士  
を雇う

自殺

相談する



家族に  
頼る

考えるのを  
やめる

友達に協力  
を依頼する

「・・・そもそも、そ  
んなに悩むような  
問題ではない」、と  
思い直す

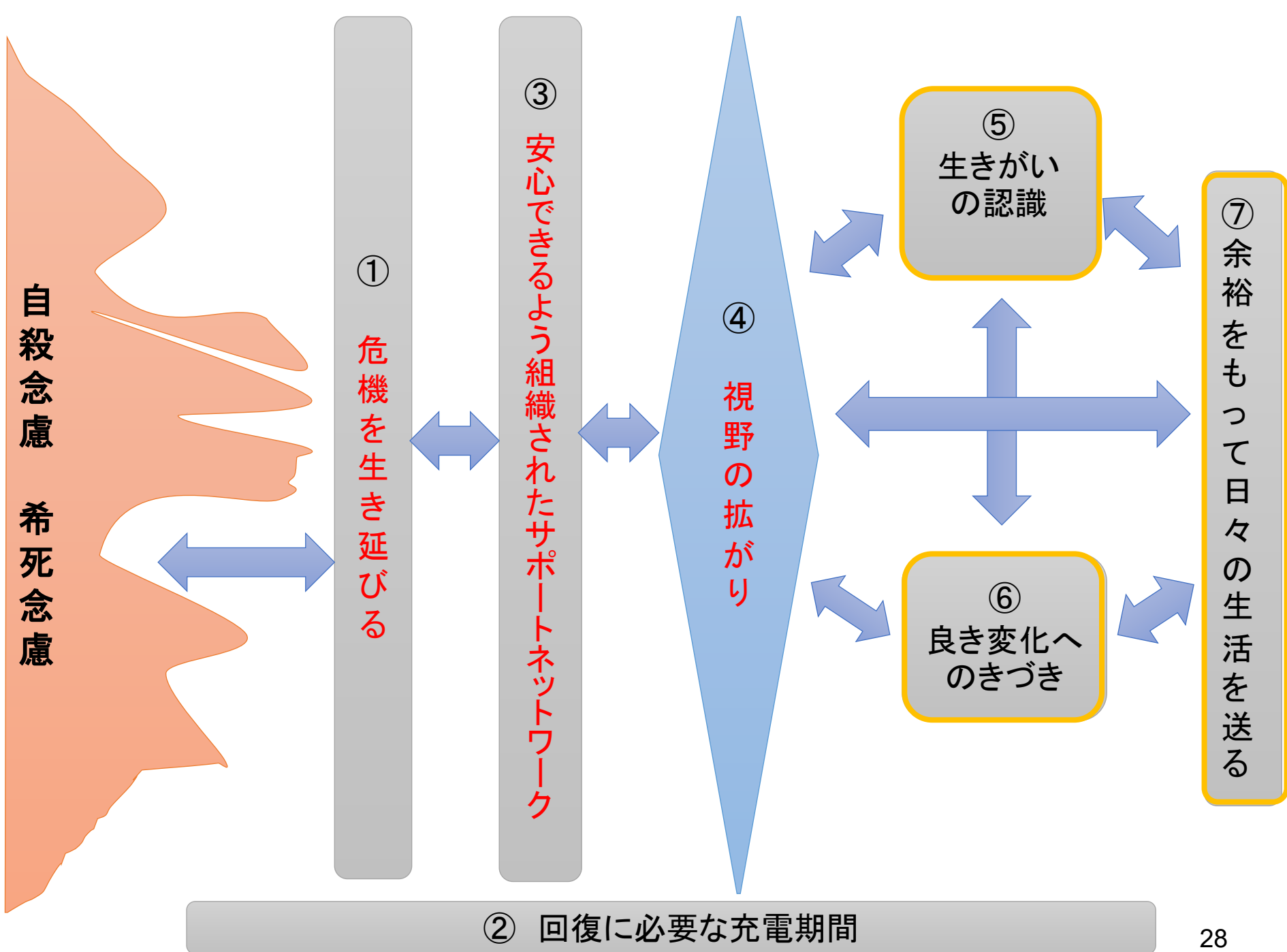


この時（自殺企図当時）は、死ぬ以外の方法があるなんて考えられませんでした。

生きていて楽しいなんて感覚は自分には無縁のものと思っていたし、生きるのが楽しいと感じる日が来るなんてありえないと思ってました。

今は、生活していて楽しい、生きていてよかったと思います。





# 自殺の危険因子と保護因子

- 自殺は関連する要因が複雑
- 自殺予防は、多くの領域が関連した複雑な活動になる
- 自殺を高い信頼性で**予防する知見は、わが国だけでなく、世界的に見ても未だ十分に得られていない。**
- しかし、**自殺を予防する可能性が示唆された活動はいくつか報告されており、これらの活動を実施することは、自殺予防につながる可能性がある**
- **危険因子を減らし、保護因子を強化する活動は、自殺予防につながる**

# 自殺の危険因子

## 過去の自殺企図・自傷行為歴

### 喪失体験

身近な者との死別体験など

### 苦痛な体験

いじめ、家庭問題など

### 職業問題・経済問題・生活問題

失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活

### 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み

うつ病、身体疾患での病苦など

### ソーシャルサポートの欠如

支援者の不在、喪失など

### 企図手段への容易なアクセス

「農薬、硫化水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など

### 自殺につながりやすい心理状態

絶望感、衝動性、自殺念慮・希死念慮、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など

### 家族歴

### その他

診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

## 自殺を促す情報への暴露

# 自殺の保護因子

- 心身の健康
- 安定した社会生活  
良好な家族・対人関係、充実した生活、経済状況、地域のつながりなど
- 利用可能な社会制度  
社会制度や法律的対応など本人が利用できる制度があること
- 医療や福祉などのサービス  
医療や福祉サービスを活用していること
- 適切な対処行動  
信頼できる人に相談するなど
- 周囲の理解  
本人を理解する人がいる、偏見をもって扱われないなど
- 支援者の存在  
本人を支援してくれる人がいたり、支援組織があること
- その他  
本人・家族・周囲が頼りにしているもの、本人の支えになるようなものがあるなど



自殺に関する俗説

俗説：

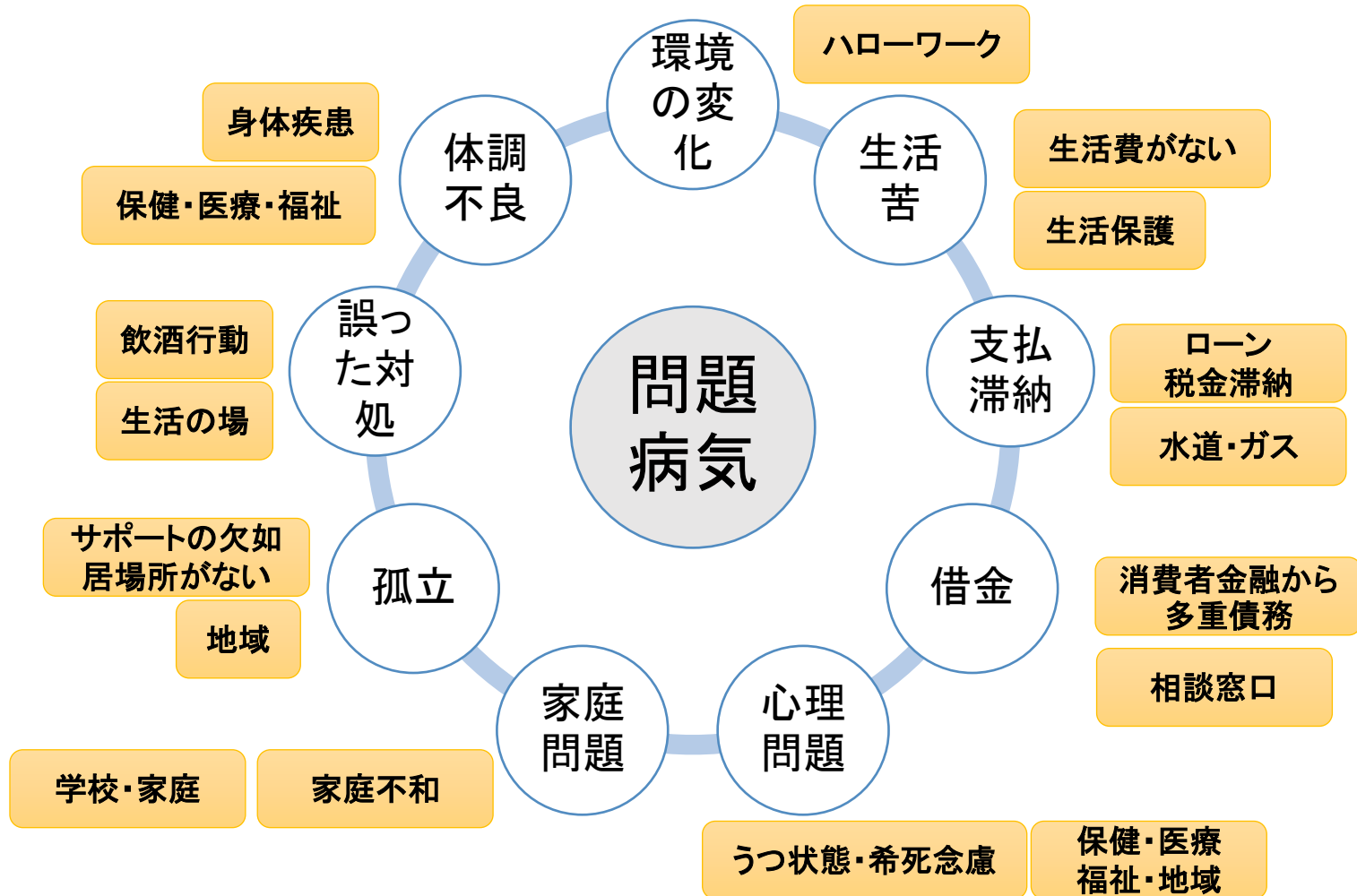
~~精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る~~

事実：

自殺関連行動は  
深い悲哀のしるしであるが、  
必ずしも精神障害のしるしではない。  
精神障害とともに生きる  
多くの人々が自殺関連行動に影響を  
受けるわけではないし、  
自らの命を絶つ人のすべてが  
精神障害を有するわけではない。

# 自殺は複合的な問題から生じる

多職種による  
複合的支援が  
必要



# 孤立・孤独と健康問題・メンタルヘルス

## 孤独・孤立は

- 抑うつ、全般性不安、自殺念慮と関連 (*Beutel et al. 2017*)
- 「あらゆる原因の死亡率」を高める (*Rico-Urbe et al. 2018*)
- 自殺念慮と自殺関連行動の予測因子 (*McClelland et al. 2020*)

新型コロナウイルス感染拡大下で自傷、自殺念慮、自殺関連行動が増加 (*Farooq et al. 2021; Pathirathna et al. 2022*)

**日本でも孤立・孤独対策として担当相が任命**

つまるところ、問題は

精神科ケア(医療)

+

社会的支援

# 自殺未遂者支援の意義

# 自殺未遂者の支援が重要

## ●自殺未遂は将来の自殺既遂の最大の危険因子

未遂後1年以内に1～3%、5年以内に約9%が自殺で死亡 (*Owen et al. Br J Psychiatry. 2002*)

自殺者の44%に自殺未遂の既往がある。また自殺企図を繰り返し、死亡した人の80%以上が、2回以上手段を変えた後に死亡 (*Isometsä ET, Lönnqvist. Br J Psychiatry. 1998*)

自殺未遂で救急受診後1年以内の自殺リスク、標準化死亡比の約57倍 (*Sidra Goldman-Mellor et al. JAMA Network Open. 2019*)

自殺未遂者の自殺再企図防止は自殺予防対策の主たる課題の1つ

## 自殺未遂での搬送は貴重な介入の機会

アセスメント、介入、繋ぎができる唯一の機会であることが多い

# 最初は軽い自殺企図も、 次の自殺は致死的になりうる

企図手段	未遂時 (件)	企図手段	既遂時 (件)
薬物過量内服	22	リストカット	0
リストカット	16	薬物過量内服	5
衝動行為	5	衝動行為	0
いっ頸	4	いっ頸	10
飛び降り	2	飛び降り	7
服毒	1	服毒	4
切創・刺創	1	切創・刺創	3
轢断	1	轢断	1
入水	0	入水	1
焼身	0	焼身	1
不明	0	不明	8

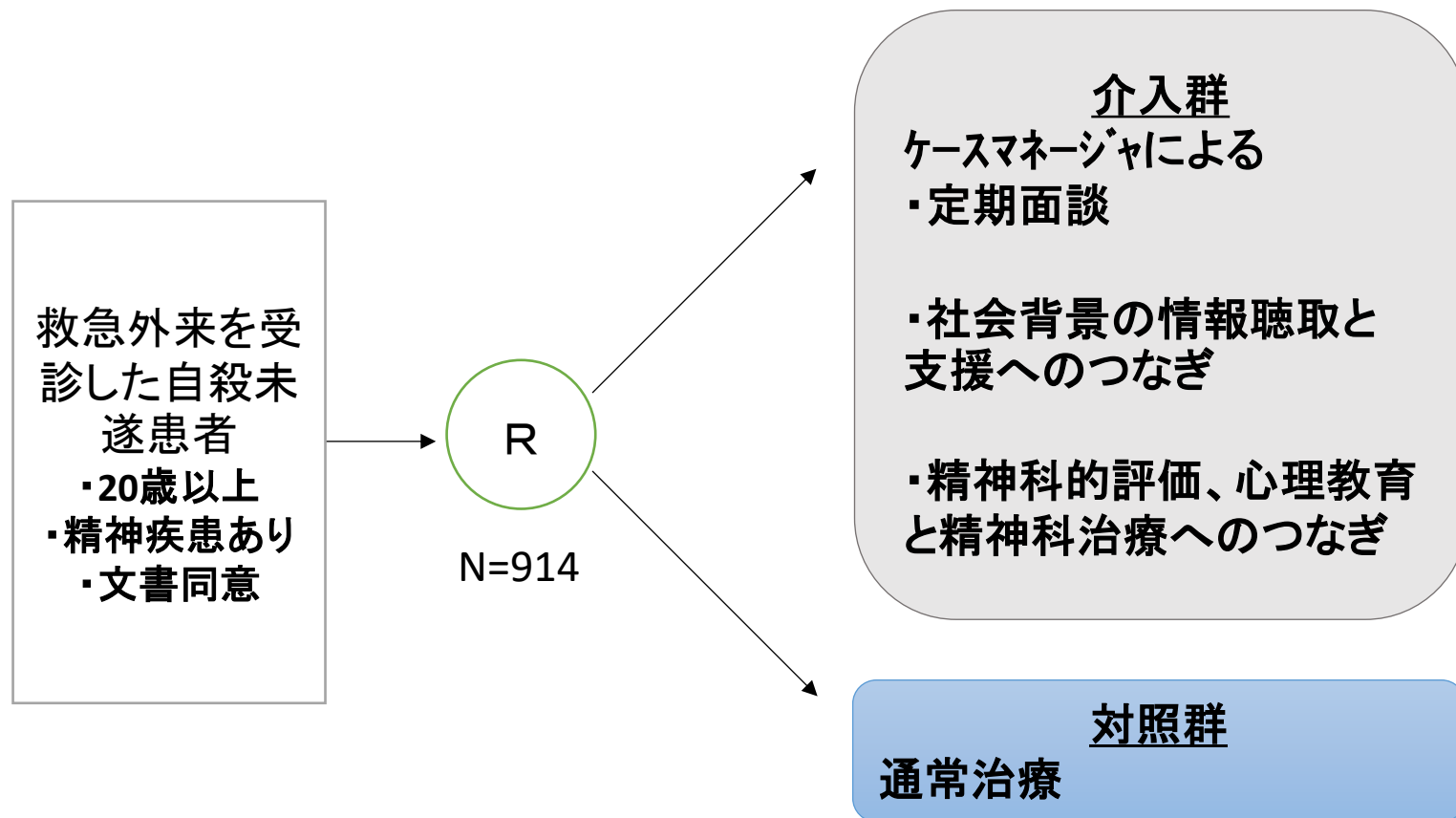


吉田(川原)ら, 2014

# 自殺未遂者への積極的支援

## Assertive Case Management

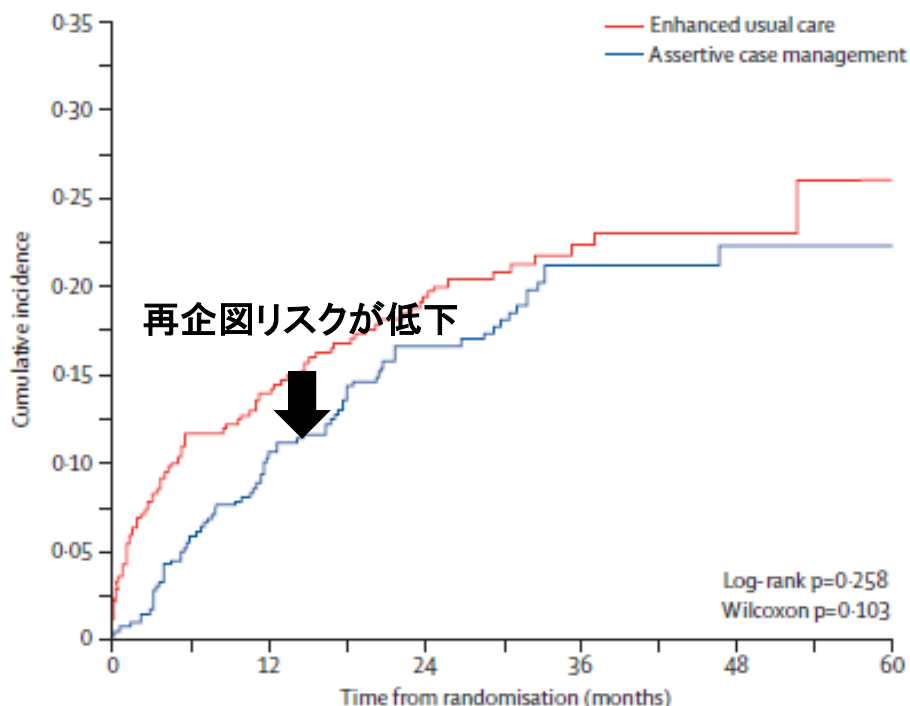
### 厚労省戦略研究ACTION-J





# 自殺未遂者への積極的支援は 再企図リスクを低下させる

## 厚労省戦略研究ACTION-J



	介入群	対照群	リスク比
1ヵ月	3/444 (1%)	16/445 (4%)	<b>0.18*</b>
3か月	7/430 (2%)	32/440 (7%)	<b>0.21*</b>
6か月	25/417 (6%)	51/428 (12%)	<b>0.47*</b>
12か月	43/397 (11%)	60/399 (15%)	<b>0.70</b>
18ヵ月	55/380 (14%)	71/385 (18%)	<b>0.75</b>

# 診療報酬制度への反映

- 救命救急入院料 平成20年度
- 精神科リエゾンチーム加算 平成24年度
- 精神科医連携加算（かかりつけ医⇒精神科への紹介） 平成26年度
- 救急患者精神科継続支援料（自殺未遂者に対するケース・マネージメント介入） 平成28年度
- ハイリスク妊産婦共同管理料 平成28年度
- こころの連携指導料 令和4年度

# 診療報酬制度への反映

- ・ 救命救急入院料

救命救急入院を必要と認めた自殺企図等の精神症状を伴う者に対して、精神科医が治療計画を立てて治療を行った場合に加算

適切な研修を受けた専任の常勤医師と精神保健福祉士の配置が要件

令和4年度から加算が3000→7000点に増点

# 診療報酬制度への反映

- ・ 救急患者精神科継続支援料(自殺未遂者に対するケース・マネジメント介入)

自殺企図等により入院した精神疾患患者の生活上の課題や精神疾患の治療継続上の課題を確認し助言や指導を行う

適切な研修を受けた常勤精神科医と精神保健福祉士の配置が要件

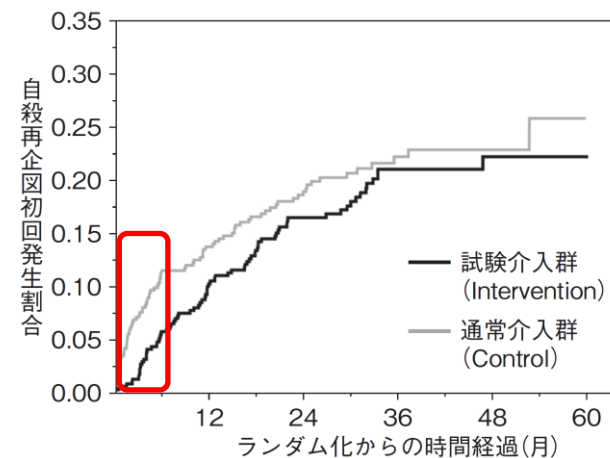
令和4年度に改定

6か月までの入院患者: 月1回435点→週1回900点

24週までの外来患者: 月1回135点→週1回300点

# 自殺未遂患者への介入支援

- 介入支援を行った患者は、退院後6ヵ月内の希死念慮および再企図の発生率が低い  
(Kawanishi et al, 2014)
- 自殺未遂後の再企図は、自殺未遂後1ヶ月といった早い時期に生じやすい  
(Kawahara et al, 2017)
- 社会的支援が乏しく、医療システムに関わらない患者は自殺リスクが高い  
(Kawahara et al, 2017)



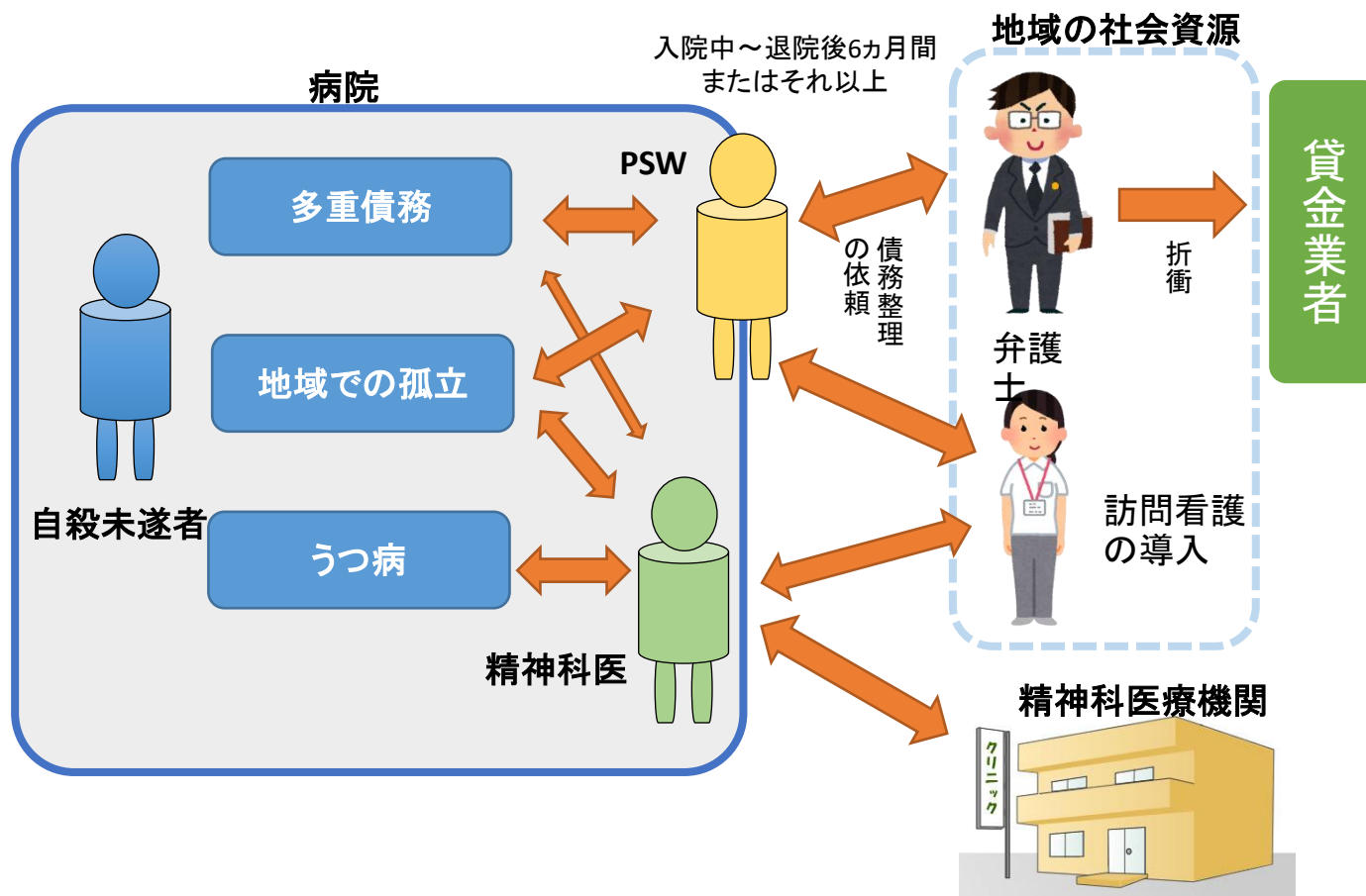
(Kawanishi et al, 2014)

自殺未遂者の背景にある危機要因に対し個別性に富んだ介入を行うことに加えて継続的な相談相手が存在することが、早期の再企図を防止させる可能性がある。

# 現段階で得られた結論

- 地域の社会資源を活用した**多職種による**継続的な支援体制を構築し、自殺未遂者に対して継続的な関わりを強化することで、医学的問題のみならず社会的課題の解決も支援する
- その結果、対象者の希死念慮および自殺再企図の減少が期待される

# 介入支援事業の概要＜多重債務を抱える自殺未遂者の1例＞



# 自殺のリスク評価と対応



# メンタルヘルス・ファーストエイドの5原則

「**り**」 声をかけ、**リ**スクを評価し支援を始めましょう

「**は**」 決めつけず、批判せずに話（**は**なし）を聞きましょう

「**あ**」 安心（**あ**んしん）につながる支援と情報を提供しましょう

「**さ**」 専門家の**サ**ポートを受けるよう勧めましょう

「**る**」 その他の**ヘル**プや**セル**フ**ヘル**プ等のサポートを勧めましょう



自殺に関する俗説

俗説：

ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。

事実：

多くの自殺には言葉か行動による

事前の警告サインが先行する。

もちろんそのようなサインがないままに

起こる自殺もある。

しかし警告サインが何であるかを理解し、

用心することは重要である。

# 周囲の気づきのポイント

## 「いつもとは違う」

- 最近友人や知人との付き合いは少なく、一人でいることが多い
- 最近ストレスになるようなことがあった
- ここ3カ月、むやみに自分を責めたり、自信がなさそうな話しぶりや態度をしたり、あるいは暗い内容の話をしたりする
- 何か病気を苦にしているようだ
- ここ6カ月の行動で、何か以前と変わったなと感ずることがある
- 部屋や家にひきこもりがちで、外出するのがおっくうそうだ
- ここ3カ月、眠れない日が多いようだ
- すぐに興奮したり、落ち込んだり、気分の変わりやすい傾向があるようだ
- ここ3カ月、あまり食欲がないか、あるいはやせてきたようだ
- 精神科、神経科、あるいは心療内科を受診している

**\* 3～5項目が該当:はやめに医療機関を受診**

**\* 6項目以上が該当:すみやかに医療機関を受診**

# 医療者が話を聴けない理由

- コミュニケーション・スキル・トレーニングの不足
- 患者の苦悩に対する責任
- 感情表出することへの恐れ
- 患者の感情表出への恐れ
- 非難されることへの恐れ
- わからないことを表明することへの恐れ
- 死に関する恐れ
- 時間/場所

→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

# どのように支援するか

- ラポール（信頼関係）の構築
  - 望ましいコミュニケーション
- リスク・アセスメント
- 支援に“つなぐ”

# 支援的な態度 —「TALK」の原則

T (Tell)	誠実な態度で話しかける 腫れ物にさわるようにしない。自然に。
A (Ask)	自殺についてはっきりと尋ねる 「死にたいと思ったの？」 「何に困っていたの？」
L (Listen)	相手の訴えに傾聴する
K (Keep safe)	安全を確保する 自殺の背景が解決するまで一人にしない

# 望ましいコミュニケーション

- 注意深く静かに耳を傾ける
- 相手の感情を理解する(共感)
- 受容や尊重を非言語的に伝える
- 相手の意見や価値観に対して、それを尊重する気持ちを表す(主体性の尊重)
- 誠実に心をこめて話す
- 相手への関心や気遣い、思いやりを表す
- 相手の感情に注目する

もう一度、人を社会を信じて  
みよう、と思ってもらえる態度

# 望ましいコミュニケーション(例)

「とてもたいへんな思いをしたのですね」

「とてもつらかったのですね」

「話せる範囲で構わないので、よければ話していただけますか」

- 沈黙を恐れない  
(黙っていることも、聴いている、という重要なサイン)
- 支援者や支援窓口の情報を提供するだけでも十分な支援



# 望ましくないコミュニケーション

- 頻回の中断
- 自分が忙しいと相手に伝える
- 横柄な態度をとる
- 押しつけがましい、もしくは、不明瞭な発言をする
- 単に「死んではいけない」といった教えを説くような対応や、  
自傷・自殺企図行為をとがめること
- 問題となっていることが大した問題ではないとしたり、無視したりすること
- 「死ぬ気があれば何でもできる」、「弱音を吐くな」といった、実態を無視した、あるいは的外れな励ましをすること
- 感情的になったり大げさに振る舞うこと
- たらいまわしの危険をはらむような対応や情報提供を行うこと
- 相談者の生命の危険性を度外視して、ただ秘密は守ると約束すること

# 望ましくないコミュニケーション(例)

## 言葉

「こんな方法じゃ死ねないよ」

「死ぬ気になれば、何でもできるでしょう」

「本気だったらもっと確実な方法をとれ」

「みんな大変なんだから」

「こうすれば気分が楽になるよ」(安易な提案)

## 態度

「他にも命を助けたい人がいるので」と忙しいそぶりをする

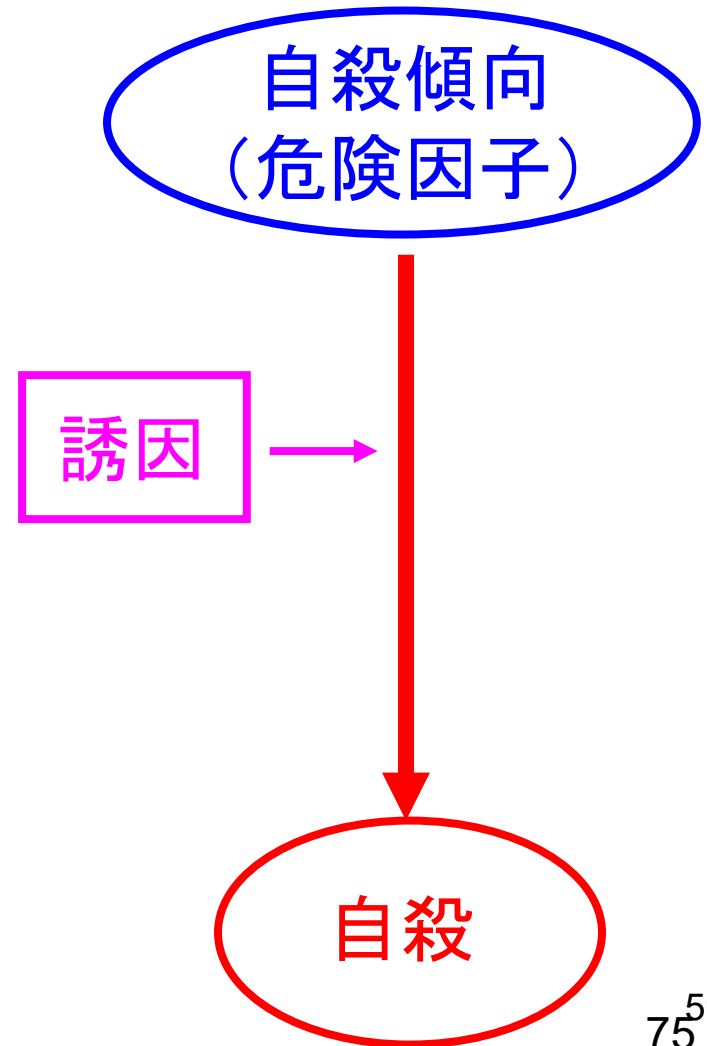
「身勝手な行為だ」といらだつ

# どのように支援するか

- ラポール（信頼関係）の構築
  - 望ましいコミュニケーション
- リスク・アセスメント
- 支援に“つなぐ”

# リスクアセスメント

- ✓ 潜在的に自殺する危険性の高い人かどうか(自殺傾向)を評価
- ✓ ここ最近、自殺の危険性が高まってきているかを評価
- ✓ 現在の危険の度合いを評価



# リスクアセスメントの際の問診 (基本な流れは他の疾患と同じ)

受診理由  
現病歴

生活問題、社会問題  
人間関係、喪失体験などが自然と語られることもある

かかりつけ  
内服

精神疾患の既往  
身体疾患の有無、セルフケアの状況

既往歴  
家族歴

自殺企図歴  
身体疾患、精神疾患に関する悩み

家族など  
緊急連絡先

家庭問題  
ソーシャルサポートの欠如

検査

希死念慮  
今後の自殺計画の有無など緊急的な兆候の有無

# 希死念慮の確認

➤ 「死にたい気持ち」は自ら語られることが少ない

➤ 医療者側から尋ねることが大切

➤ 患者の一番の関心ごとに関連する問題

➤ 信頼関係を築き、問題を扱う手がかりになる

➤ はっきりと聞く

➤ 患者は混乱状態にあり、あいまいな表現を理解する余裕がない

「死にたいという気持ちがありますか」

「死んでしまいたいくらいつらいことはありますか」

「もういなくなってしまうと思うことはありますか」

見捨てられ不安、羞恥心、罪悪感、心理的視野狭窄など

自殺に関する俗説

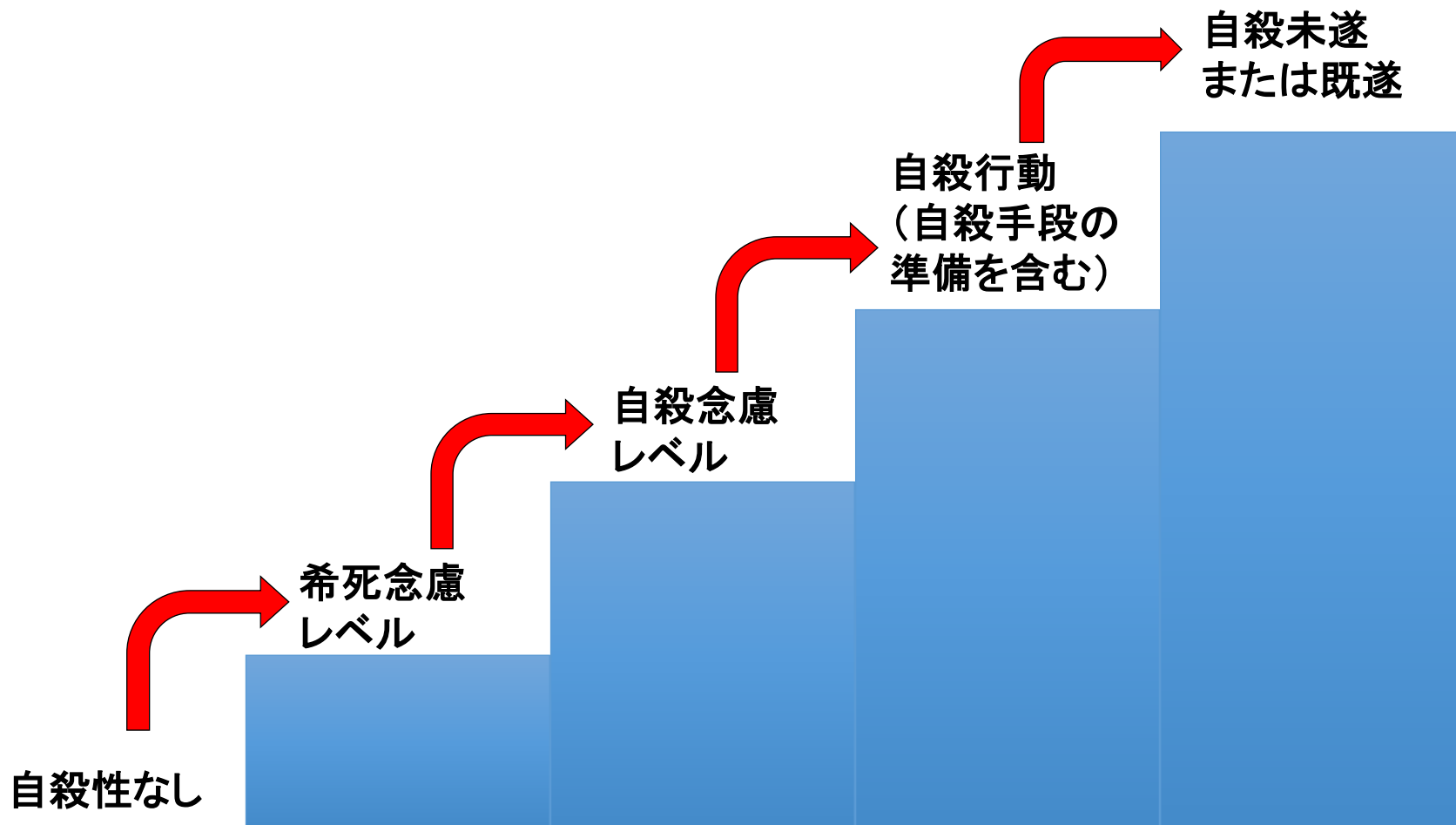
俗説：

自殺について話すのはよくない。  
促しているようにとられかねない。

事実：

自殺についてのスティグマが  
広がっているため自殺を考えている人々の  
多くは誰に話したらよいかわからない。  
包み隠さず話すことは、  
自殺を考えている人に自殺関連行動を  
促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を  
考え直す時間を与え、自殺を予防する。

# 自殺に至る心理過程の階層的発達



一般的にはいくつかの段階を経て自殺に至る  
(但し、認知症・統合失調症の一部には注意を要する)

# 自殺念慮の評価

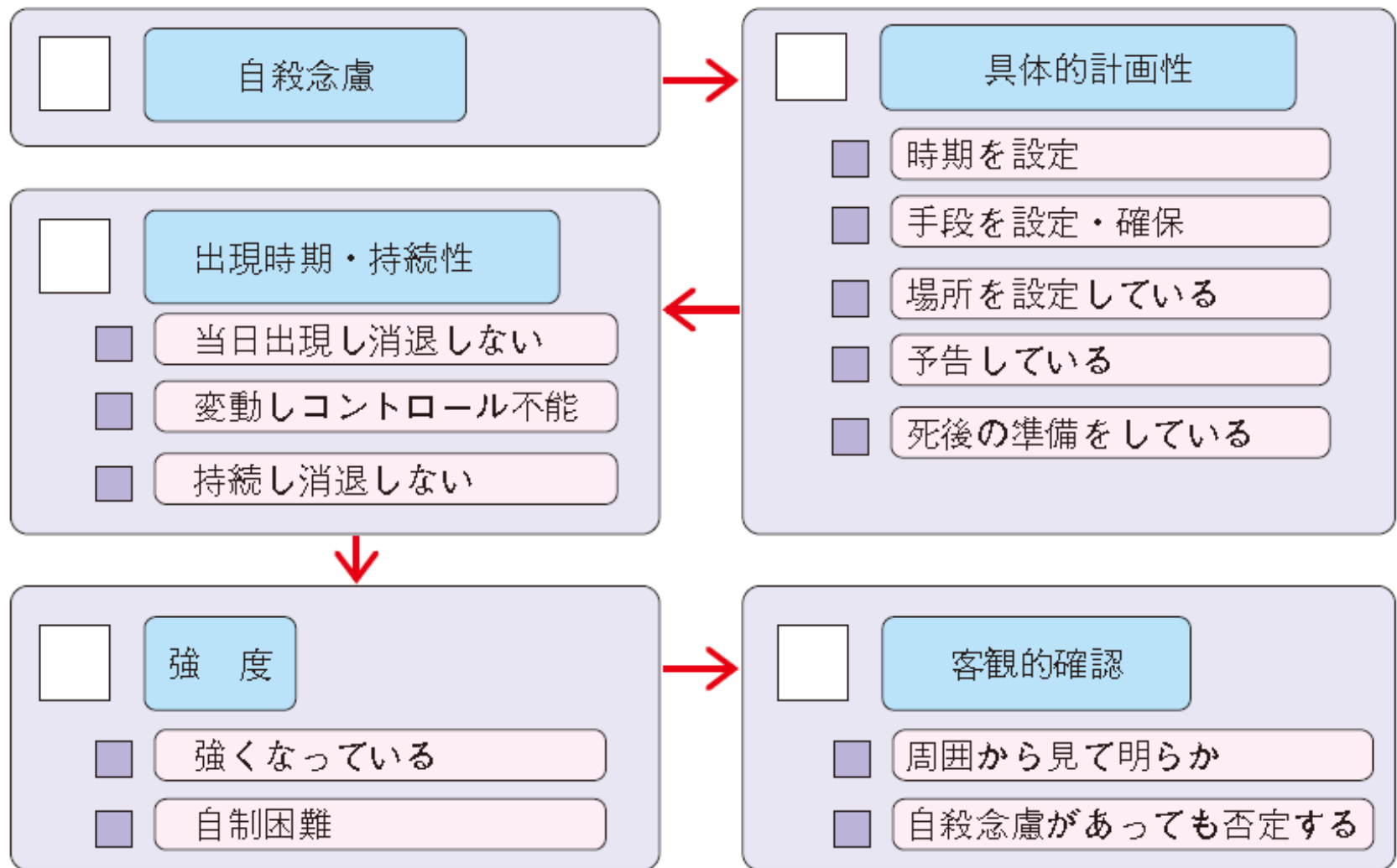


図5 現在の自殺念慮の評価

(日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン(3) 自殺未遂者対応、2009より改変引用)



# 自殺の危険度の評価と対応

危険度	兆候と自殺念慮	自殺の計画	対応
軽度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神状態/行動の不安定</li> <li>・自殺念慮はあっても一時的</li> </ul>	ない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傾聴</li> <li>・危険因子の確認</li> <li>・問題の確認と整理、助言</li> <li>・継続</li> </ul>
中等度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持続的な自殺念慮がある</li> <li>・自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する(支援を受け容れる姿勢はある)</li> </ul>	具体的な計画はない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傾聴</li> <li>・問題の確認</li> <li>・危険因子の確認</li> <li>・問題の確認と整理、助言</li> <li>・支援体制を整える</li> <li>・継続</li> </ul>
高度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持続的な自殺念慮がある</li> <li>・自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する</li> <li>・支援を拒絶する</li> </ul>	具体的な計画がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傾聴</li> <li>・問題の確認</li> <li>・危険因子の確認</li> <li>・問題の確認と整理、助言</li> <li>・支援体制を整える</li> <li>・継続</li> <li>・危機時の対応を想定し、準備しておく</li> </ul>
重度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自殺の危険が差し迫っている</li> </ul>	自殺が切迫している	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全の確保</li> <li>・自殺手段の除去</li> <li>・通報あるいは入院</li> </ul>

# 緊急度が高い臨床症候

- 患者の言葉だけでなく、客観評価を併用する
- 否定・否認する患者がいる
- 重度の精神症状の一つとして、言葉が少なくなる

◆ *Warning signs (Ruddら, 2006)*

◆ *BPSAS(Behavioral and Psychological Signs of Attempting Suicide) (羽藤)*

# 緊急度が高い兆候

- 自殺を具体的に計画している
- 精神病症状（幻聴、幻覚、妄想、言動のまとまらなさ）
- 焦燥感（そわそわ、衝動性、怒り、気分や行動の容易な変動）
- 追い詰められ感（心理的視野狭窄）、絶望感
- 硬い表情、態度  
（医療者に心を開いていない、または、精神症状としての拒絶）
- アルコールや薬物の作用下
- 病識のなさ（自分を客観視できない＝理性的に対応できない）
- 苦痛の改善策が見出せていない（例：痛みなどの身体症状）

# どのように支援するか

- ラポール（信頼関係）の構築
  - 望ましいコミュニケーション
- リスク・アセスメント
- 支援に“つなぐ”

# 地域との連携・つなぎ

## ◆施設内の連携、チーム医療

多様なニーズ、問題に皆で対応する

## ◆地域のメンタルクリニック、精神科病院との連携

診療情報提供書の作成、紹介先の医療スタッフへの連絡

## ◆地域の社会資源の活用

精神保健福祉センター、保健所

自治体HPでの相談窓口案内、自殺予防対策事業

学校や職域(健康相談室、産業医など)

民間団体

## ◆メンタルヘルスに関する情報提供ウェブサイト

こころの情報サイト、こころもメンテしよう(若者向け)、こころのスキルアップ・トレーニング(認知行動療法) など

# メンタルヘルスに関する情報提供ウェブサイト



## ▲ 重要なお知らせ

能登半島地震へのお見舞いを申し上げます。  
石川県能登地方で発生した地震により被災された皆様に、心よりお見舞い申し上げます。被災された皆様の回復を心からお祈りしております。

- ① 支援のためのマニュアル・資料等 (国立精神・神経医療研究センター ストレス・災害時こころの情報支援センター)
- ② 能登半島地震で被災された皆様の睡眠を守るために (日本睡眠学会声明)

## ❤️ コロナ心の支援情報

コロナ感染に際して、多くの皆様が不安を感じ、ときには精神的な負担が生じているのではないかと思います。ここでは、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所の各部署からヒントになる情報をいくつかご提供します。



会員登録がお済みの方  
有料会員登録 → ログイン →

はじめての方へ → ご利用方法 → お知らせ → よくある質問 → お問い合わせ →

## 「こころのスキルアップ・トレーニング (こことレ)」って何？

認知行動療法を活かした  
「具体的なストレスの対処法」を練習できる会員制サイトです。  
監修・発案は、認知行動療法の日本における第一人者・大野裕先生。  
記入式・動画・読み物の各コンテンツで、「こころの力」を育てましょう。

まずは「動画でわかりやすい認知行動療法」をチェック！ ▶▶▶

大野裕先生が「認知療法」と「こことレ」を「動画」でやさしく紹介しています



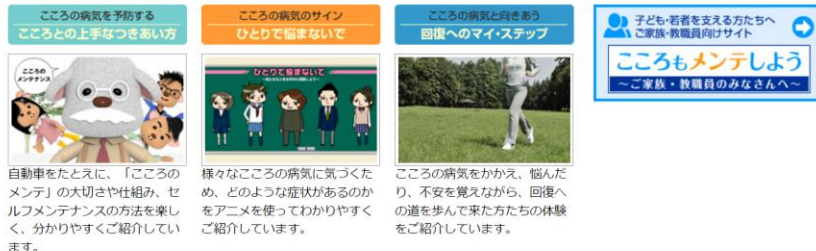
本サイトでできることは？

知る・学ぶ → 毎日の生活で使う → 7つのスキルを練習する → 活用のための情報・資料 → スマートフォンでのご利用 ホーム画面の追加方法

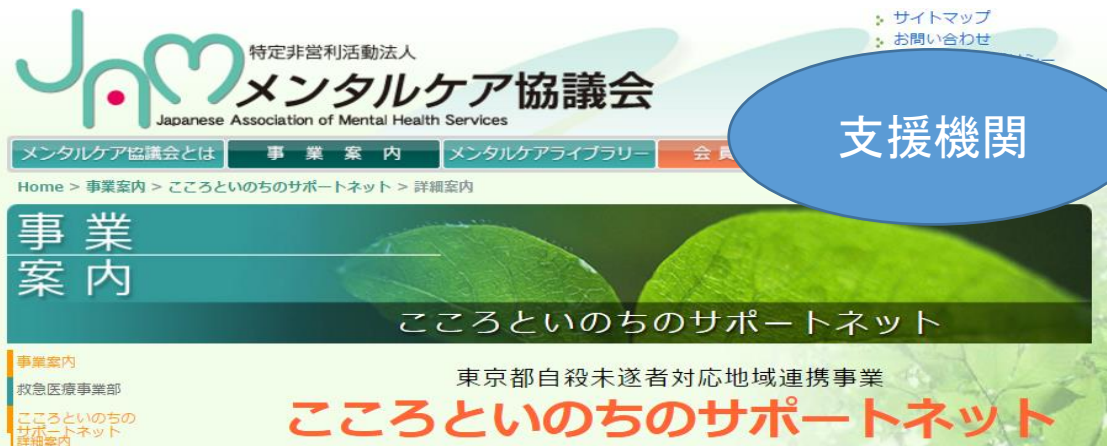


## 友達のことが気になる

悩んだり、困っている友達はいませんか？  
まず、その気持ちに気づいてあげることが大切です。  
こころの病気についての誤解もなくしましょう。



# 具体的な支援先の情報提供



支援機関



セルフヘルプ  
HP



各自治体のリーフレット  
緊急時のホットライン

- ・具体的な支援先の情報提供
- ・「相談できる場所がある」ことを伝える



# 具体的な支援先の情報提供

## 自殺予防対策、精神科救急情報

引用：広島県Hp

相談窓口名称	相談内容	電話番号等	受付時間
広島いのちの電話	生きるのがつらくなったときの相	082-221-4343	24時間対応
精神科救急情報センター	精神疾患の急初や急変	082-892-3600	24時間対応
県立総合精神保健福祉センター	自死により大切な方をなくされた方	082-884-1051	
広島県精神保健福祉センター		082-245-7731	



# 具体的な支援先の情報提供

## 主な相談窓口

### ●こころの健康相談窓口

(令和6年3月現在)

呉市地域保健課 西保健センター 東保健センター	0823-25-3542 0823-71-9176	月曜日～金曜日 8:30～17:15
広島県立総合精神保健福祉センター	082-884-1051	月曜日～金曜日 9:00～17:00 (要予約・面接のみ)

### ●こころの悩みの電話相談

広島いのちの電話	082-221-4343	24時間 (年中無休)
広島県自殺予防いのちの電話	0120-375-568	毎月20日の8:00～20:00
全国自殺予防いのちの電話	0120-783-556	毎月10日の8:00～翌8:00, 毎日16:00～21:00
こころの電話 (広島県)	080-8230-6037	水・土曜日 9:00～12:00, 13:00～16:30
広島県こころの悩み相談	080-1577-4774	月・火・木・金曜日 9:00～12:00, 13:00～16:00
よりそいホットライン	0120-279-338	24時間年中無休
#いのちSOS	0120-061-338	月～日曜日 0:00～24:00
チャイルドライン	0120-99-7777	毎日16:00～21:00
子供のSOSの相談窓口	0120-0-78310	24時間

## ●SNS相談

### 生きづらびっと

LINE チャット



<https://www.lsystem.org/inochi-web>

### こころのほっとチャット

LINE Facebook チャット



### あなたの いばしょ

チャット



### 10代20代の 女の子専用LINE

LINE



### チャイルドライン チャット相談

(18歳以下)



### こころのLINE 相談@広島県

LINE



# ケアする人自身のセルフケア

- 思い出す

- 自殺は複合的な問題。患者の長年の背景に基づくもの
- 自傷・自殺を選ぶまでには相当の理由があったはず

- 悔やむ

- 個人や医療でどうにもできないこともある
- できるささやかなことを、粛々と

- イライラする

- 患者にぶつけない、セルフケア、職場でのお互いのサポート



# “自殺予防はみんなの仕事”

- 立場、機関ごとに果たすべき役割がある
- 気づき・連携・繋ぎがキーワード
- 切れ目のない支援体制・ネットワークづくり

医療・福祉の担い手は  
貴重なゲートキーパーである

# 最後に

- 自殺を完全に予見し、予防する事は不可能。  
しかし、限りなく可能性を減らす努力は諦めてはいけない
- 不幸な自殺の予防やQOLの向上のために、精神症状の早期発見・治療は重要
- 身体症状や社会的状況から、「辛そうだが、それも仕方ないか」と考えるのは非常に危険
- 観察のみからうつ状態を察する事は不可能に近い  
→バイタル測定と同じ感覚で「気分は如何ですか」という一言
- 自殺未遂者は、脆弱な心理状態に陥っている。「もう一度社会を信じてみよう」という気持ちになれるかどうかは、対応する人の態度や言動にかかっている
- 話を聞いて対応に困っても、無理に結論や助言をしなくても大丈夫  
→「お辛い(あるいはお困り)事はわかりました。精神症状が出るのは、心が弱いとか、気が狂ったという事ではなく、よくあること。専門家に相談する事ができる」

**ご清聴ありがとうございました**