

自殺対策の手引き

～ 地域で自殺対策を進めるために～

埼玉県立精神保健福祉センター

はじめに

我が国の自殺者数が 10 年連続 3 万人を超えるという深刻な状況を背景にして、平成 18 年に制定された自殺対策基本法及び平成 19 年に策定された自殺総合対策大綱に基づき、自殺予防対策の総合的な取り組みが始まりました。

本県でも、毎年 1,500 人前後の県民が自殺で亡くなられています。そのため、平成 20 年 9 月、県と埼玉県自殺対策連絡協議会が「埼玉県自殺対策推進ガイドライン」を定め、自殺を予防するための当面の重点的な対策として、うつ・メンタルヘルス対策の充実、横断的な取り組みによる総合的施策の推進、自殺対策の地域レベルでの実施、を掲げました。この手引きもその一環として、自殺ハイリスク者や自死遺族への支援・援助等の方法及び相談窓口一覧などをまとめたものです。

世界保健機関（WHO）が「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」と明言しているように、自殺は社会の努力で避けることのできる死です。県、市町村及び民間団体等が一体となって自殺対策に取り組めば、必ず効果は出てくるものと確信しています。

「自殺対策」という名前の単一の施策は存在しません。自殺対策とはあえて言わなくとも、うつ病をはじめ統合失調症やアルコール・薬物依存症に対する日常的な相談支援活動や普及啓発活動など、それ自体が自殺対策につながるものです。「総合的」自殺対策とは、「総論的」自殺対策ではなく、個々の施策・事業を地道にコツコツと進めていくことに他なりません。

今後、地域で自殺対策を進めていく私たちは、埼玉県を「生きやすい県」に変えていくため、自殺対策を切り口に「地域づくり」「社会づくり」を進める絶好のポジションにあるといえます。自殺対策はそれだけ可能性を秘めているものだと思います。「今、ここから（here and now）」私たちに何ができるかを考え、自殺対策に漕ぎ出していきましょう。

この手引きが、保健所や市町村で自殺対策を進める方々の参考として活用していただければ幸甚に存じます。

平成 21 年 9 月
埼玉県立精神保健福祉センター
センター長 杉山 一

はじめに

第1部 埼玉県における自殺対策事業

埼玉県における自殺の現状	7
埼玉県における自殺対策の経緯	15
地域における自殺対策	20

第2部 自殺の危険性の高い人への対応

うつ病・うつ状態	27
統合失調症	31
依存症(アルコール、薬物、ギャンブル)	34
借金・経済問題のある人	38
自殺に傾いている人	41

第3部 自死遺族への支援・援助

自死遺族になるということ(遺族が置かれる立場とその心理状況)	49
適切な自死遺族支援の方法	53
自死遺族が必要としている支援情報	54

第 1 部 埼玉県の自殺対策事業

埼玉県における自殺の現状

1. 自殺をめぐる状況

(1) 自殺者は交通事故死の約7倍

昭和45年は、自殺者480人、交通事故死845人と交通事故死が上回っていました。その後、昭和49年に自殺者639人、交通事故死518人と逆転した後も交通事故死が減少しているのに比べ自殺者数は増加が続き、平成20年では自殺者1,637人（人口動態統計：注1）と交通事故死232人（警察発表統計：注2）の約7倍になっています。

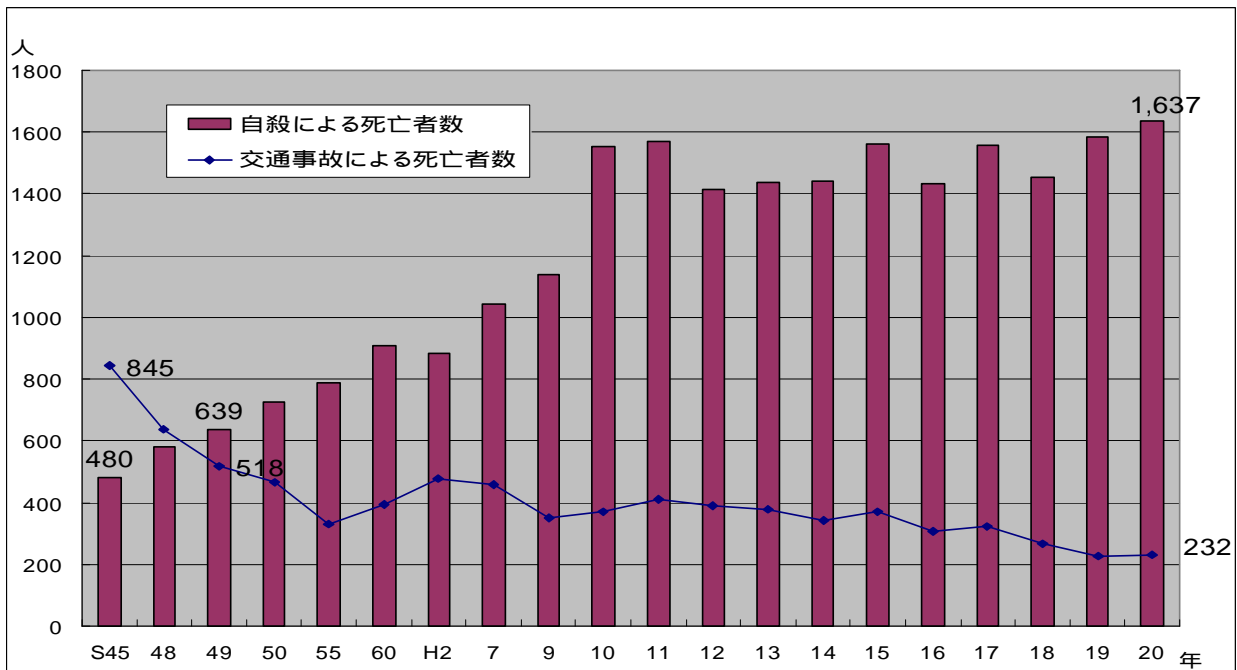


図1 交通事故死と自殺者の推移 自殺者：人口動態統計 交通事故死：埼玉県警統計

(2) 20歳代、30歳代では死因の第一位

主要な死因に占める自殺の割合は、平成20年は、全体では「肺炎」に次いで5位でした。年齢階級別にみると、20歳代、30歳代では、自殺の割合が最も高くなっています。

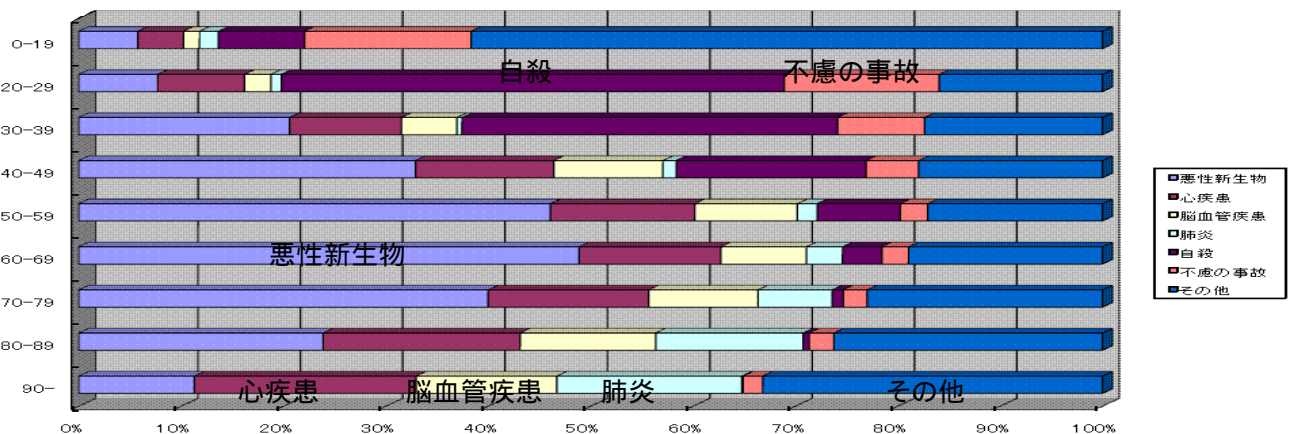


図2 平成20年の死因別に占める自殺の割合（埼玉県） 人口動態統計

3. 統計データに見る現状

(1) 平成10年に急増し、以後高止まり状態

埼玉県では、平成10年以来、毎年1,400人以上の尊い命が自殺で失われる状態が続いています。平成20年は1,637人(注1)と前年比で52人増加し、過去最高の自殺者となっています。

全国の自殺者数も、平成10年に、30,000人を超え急増(前年比35%増)しました。以来、高止まり状態が続いています。

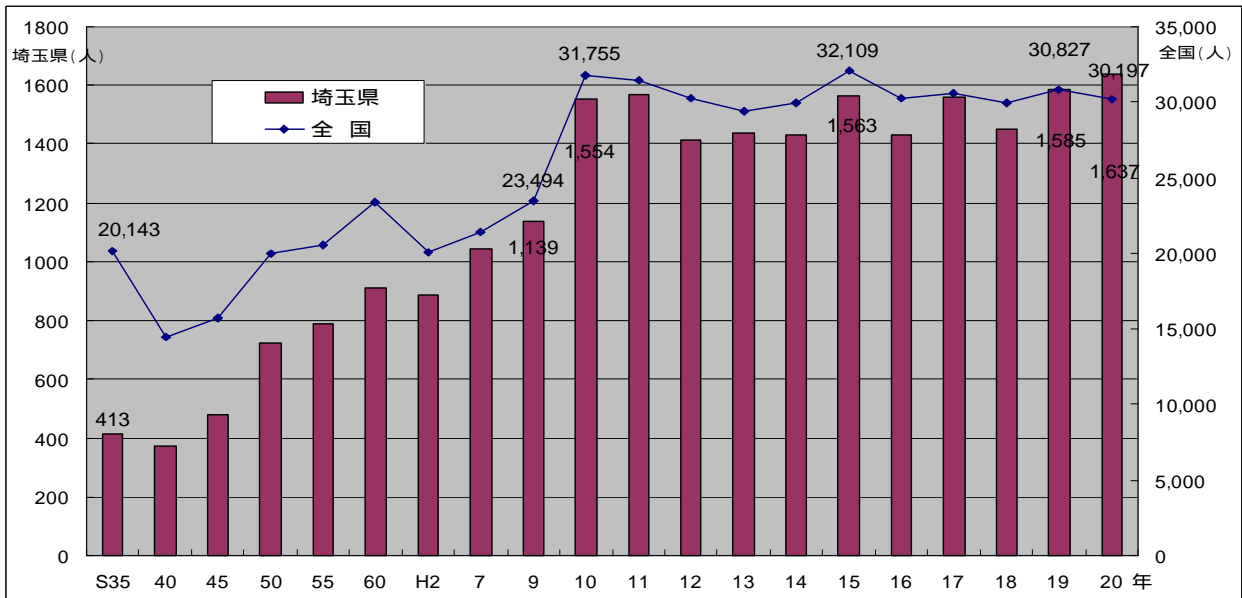


図3 自殺者数の推移(埼玉県・全国) 人口動態統計(平成20年は概数)

(2) 自殺死亡率(人口10万人当たり)は全国を下回る

平成20年の自殺死亡率(注1)は、23.3と、前年比0.7ポイント増加しています。全国の自殺死亡率24.0と比較すると0.7ポイント下回っていて、順位は28位です。

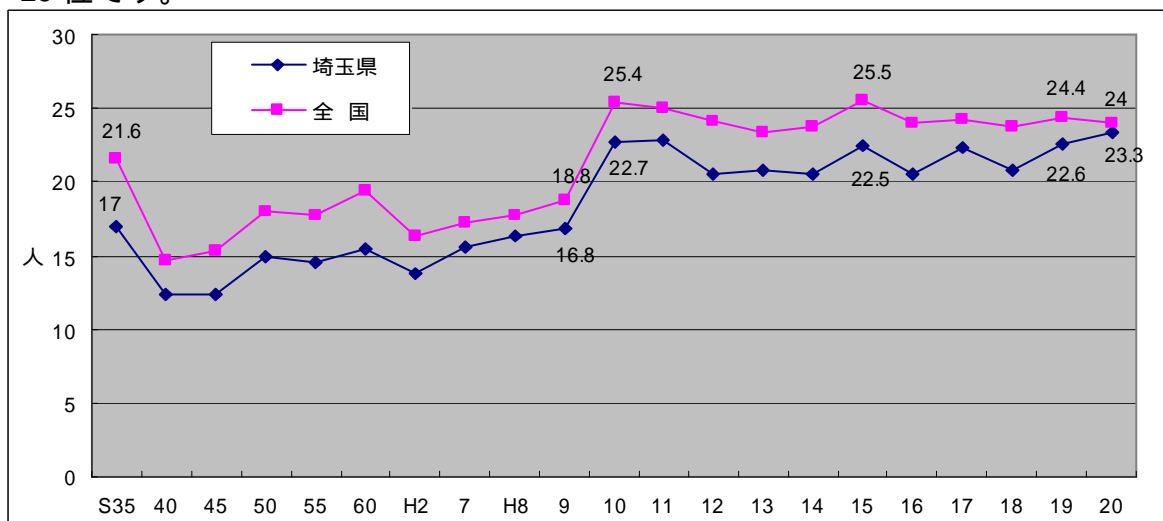


図4 自殺死亡率の推移(埼玉県・全国) 人口動態統計(平成20年は概数)

(3) 自殺者の男女比は、7割が男性、3割が女性

自殺の状況を男女別に見ると、平成10年には、男性が前年比358人(47.6%)と高い増加を示しています。男女比は男性の割合が高く、平成2年では、58.6:41.4でした。平成20年では、69.8:30.2で、全国(71.3:28.7)と比較するとやや女性の割合が高くなっています。この傾向は、平成6年以降では男性の自殺が急増した平成10年を除いて同様に見られます。(注1)

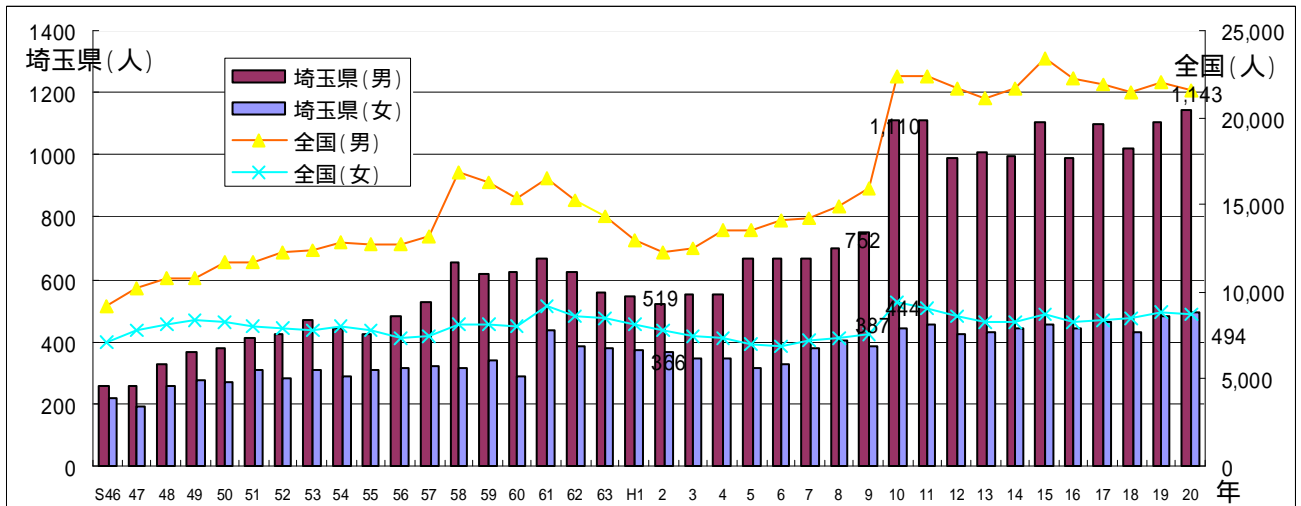


図5 男女別の自殺者数の推移(埼玉県・全国) 人口動態統計(平成20年は概数)

(4) 30歳代~50歳代が5割以上

昭和35年では、20歳代までの青少年の自殺者は全体の46%、30歳代~50歳代は30.5%、60歳代以上は、23.5%でした。中高年の自殺者は、年々増加し、平成20年では、30歳代~50歳代は52.0%を占めています。また、60歳代以上は34.3%と、高齢者の割合が3割以上を占めています。(注1)

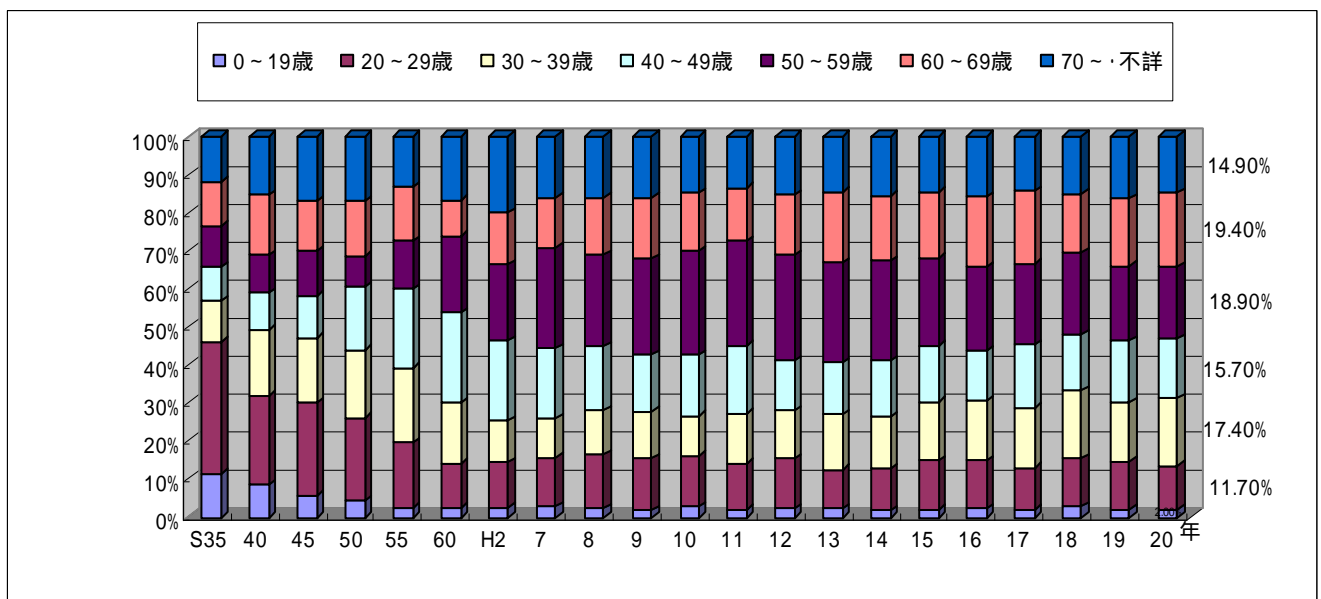


図6 自殺者数年齢比率の推移(埼玉県) 人口動態統計(平成20年は概数)

(5) 健康問題が原因の自殺が約 6 割

原因別に見ると、平成 20 年では健康問題の割合 (53.4%) が高く次いで、経済・生活問題 (21.3%)、家庭問題 (9.4%) の順になっています。男女とも健康問題の割合が高く、男性では、経済・生活問題の割合も高くなっています。

年齢別では、全年代で、健康問題の割合が高く、40 歳代～60 歳代では、経済・生活問題が 23.8%～34.4%を占めています。(注 2)

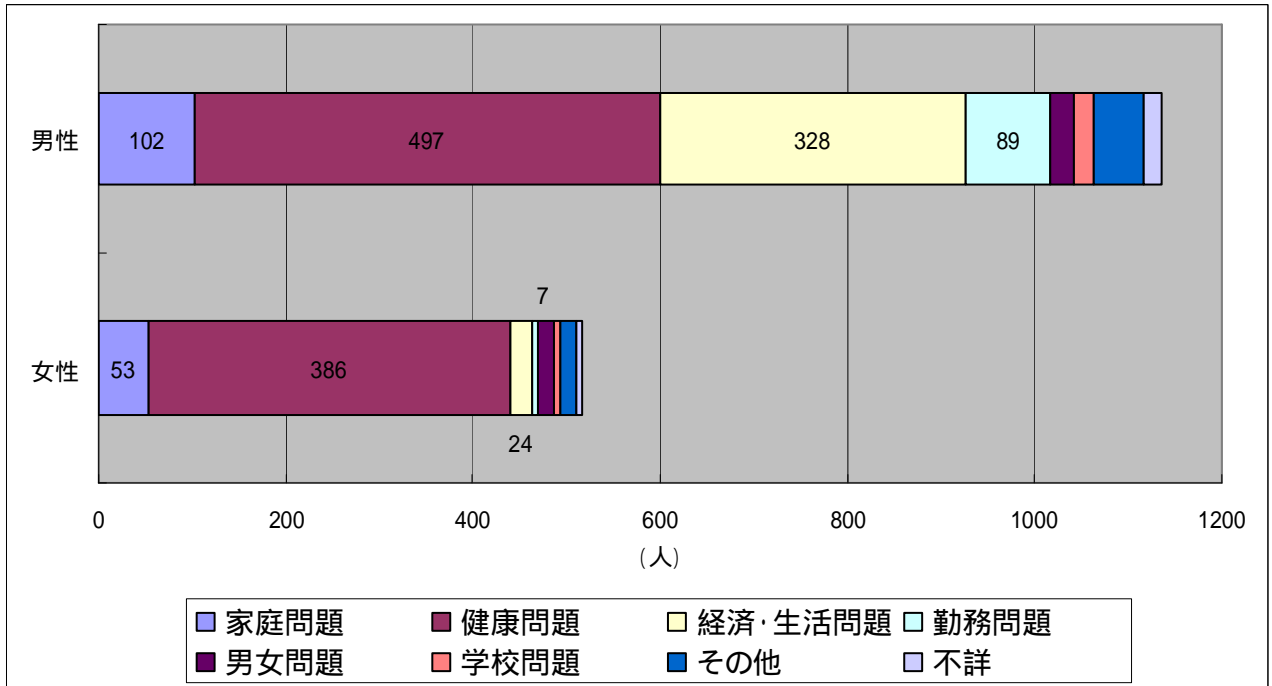


図 7 平成 20 年男女別原因別自殺者数 (埼玉県) 埼玉県警察統計

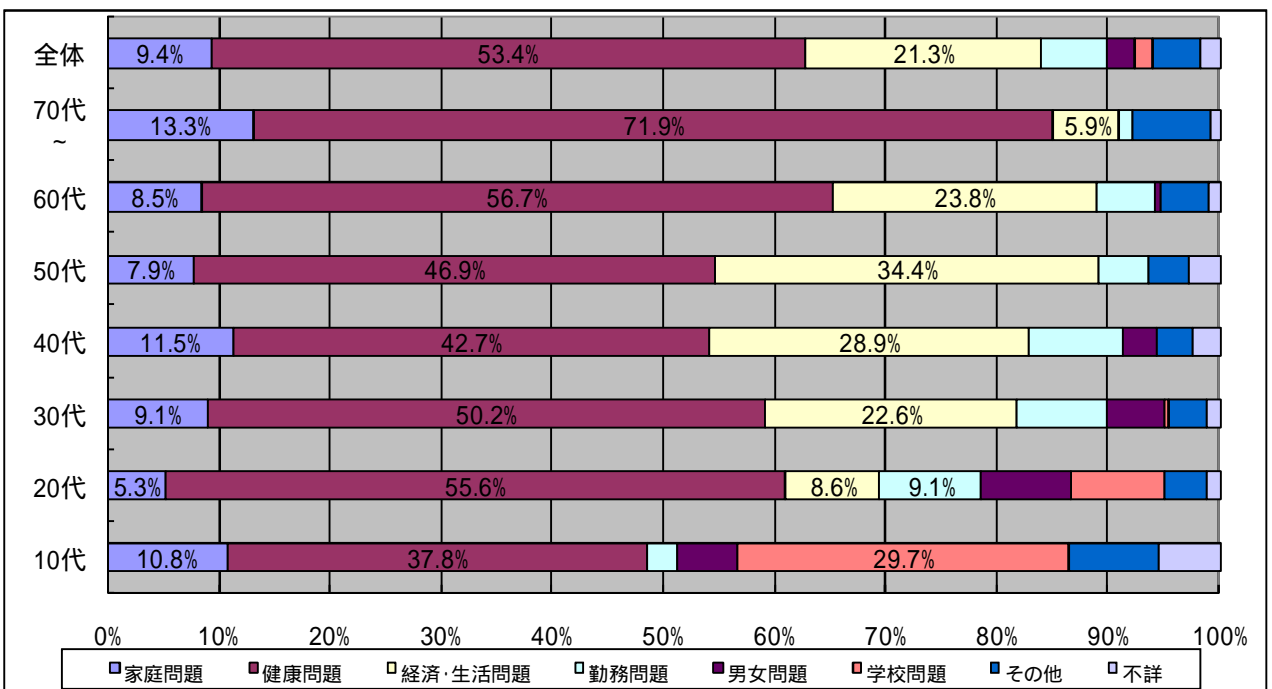


図 8 平成 20 年における年代別原因別自殺者の割合 (埼玉県) 埼玉県警察統計

主な原因の内訳は、健康問題では、精神障害の割合（612人 69.3%）が高く、次いで病苦（256人 29.0%）が多くなっています。経済・生活問題では、負債の割合（147人 41.8%）が高く、生活苦（89人 25.3%）、事業不振・倒産（51人 14.5%）、失業・就職失敗（46人 13.1%）の順となっています。（注2）

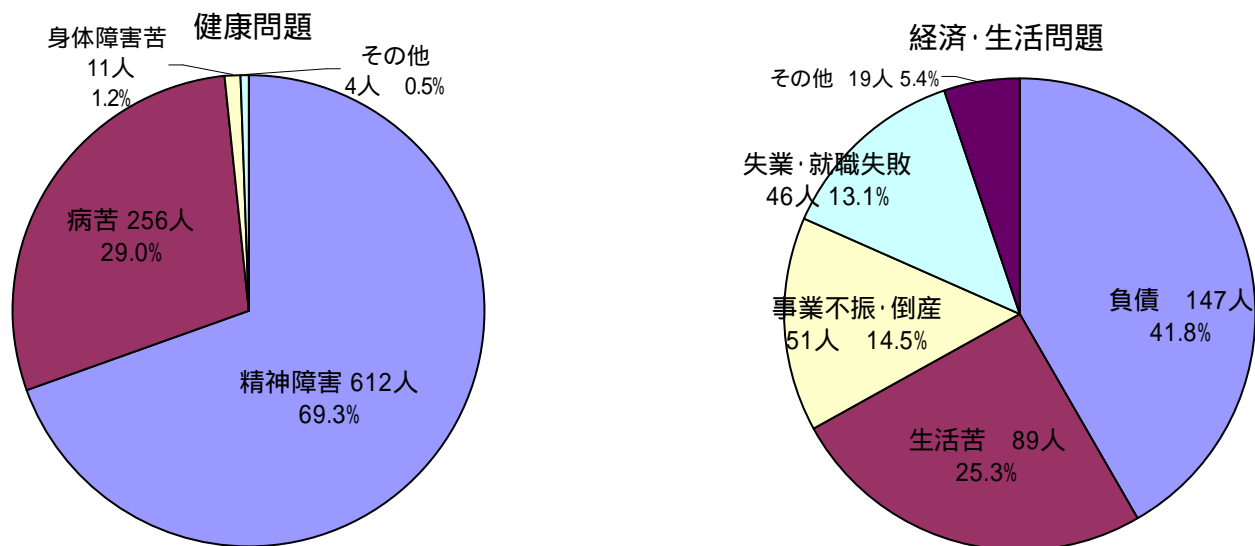


図9 平成20年における主な原因の内訳（埼玉県） 埼玉県警察統計

人口動態統計と警察発表統計の違いについて（注1、注2）

区分	対象	計上時点	計上方法
（注1）人口動態統計	国内日本人のみ	死亡時点	住所地で計上
（注2）警察発表統計	総人口（外国人を含む）	自殺死体発見時点 （認知時点）	発見地で計上

* 参考 自殺の実態についての統計資料が閲覧できる Web ページ

1 内閣府 毎月の自殺者数の推移

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/everymonth/index.html>

2 内閣府 地域における自殺の基礎資料（速報値）

http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/basic_data/index.html

3 厚生労働省 平成 20 年人口動態統計月報年計（概数）の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai08/index.html>

4 厚生労働省 自殺死亡統計の概況 人口動態統計特殊報告

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/index.html>

5 警察庁 月別の自殺者数について

<http://www.npa.go.jp/index.htm>

6 警察庁 平成 20 年中の自殺者数について（確定値）

http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210402_H20jisatsusya.pdf

7 自殺予防総合対策センター 「自殺の統計」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/toukei/index.html>

8 自殺予防総合対策センター 「年度別都道府県別人口動態自殺者数」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/areadata/pdf/saitama.pdf>

9 平成 20 年 埼玉県の人口動態概況（概数）

[http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BA00/jindo\(15-\)/jindo20/jindo20.html](http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BA00/jindo(15-)/jindo20/jindo20.html)

10 埼玉県保健統計年報 [衛生統計年報] (統計表)

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A01/BP00/b1020/menu1.html>

11 NPO 法人ライフリンク 「自殺白書」

<http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>

(6) 自殺死亡率に地域差(県北地域でやや高く、県南地域でやや低い)

保健所管内別に自殺の状況をみると、県南地域の保健所管内では、比較的低率です。一方、県北地域の保健所管内で比較的高率であることがうかがえます。

表1 保健所管内別標準化死亡比(自殺)の推移 人口動態統計(埼玉県衛生研究所調べ)
標準化死亡比(SMR) 埼玉県の自殺死亡率を100とした場合の各地域の比較

	H10～H14	H11～H15	H12～H16	H13～H17	H14～H18	H15～H19
鴻巣保健所管内	99.7	93.8	93.8	96.2	94.7	91.6
所沢保健所管内	90.4	91.2	92.3	91.3	93.7	94.7
坂戸保健所管内	106.6	103.4	107.3	106.1	108.4	111.9
東松山保健所管内	107.7	109.0	112.3	114.8	120.9	120.1
秩父保健所管内	129.0	129.7	124.6	127.9	126.2	118.8
本庄保健所管内	105.7	106.9	106.6	112.5	108.9	105.9
熊谷保健所管内	111.8	115.0	115.3	112.9	105.2	103.3
加須保健所管内	108.8	109.3	120.0	120.5	114.4	120.1
春日部保健所管内	103.7	107.4	107.0	107.5	111.2	103.3
幸手保健所管内	100.1	97.6	96.2	92.9	98.3	94.9
川口保健所管内	99.9	101.5	103.6	99.9	99.9	102.3
朝霞保健所管内	92.6	93.6	94.4	96.0	90.1	94.3
越谷保健所管内	104.4	106.0	101.2	101.0	103.1	104.1
さいたま市保健所管内	92.8	93.1	90.8	91.6	91.7	91.4
川越市保健所管内	96.6	91.2	91.3	95.7	94.2	94.1

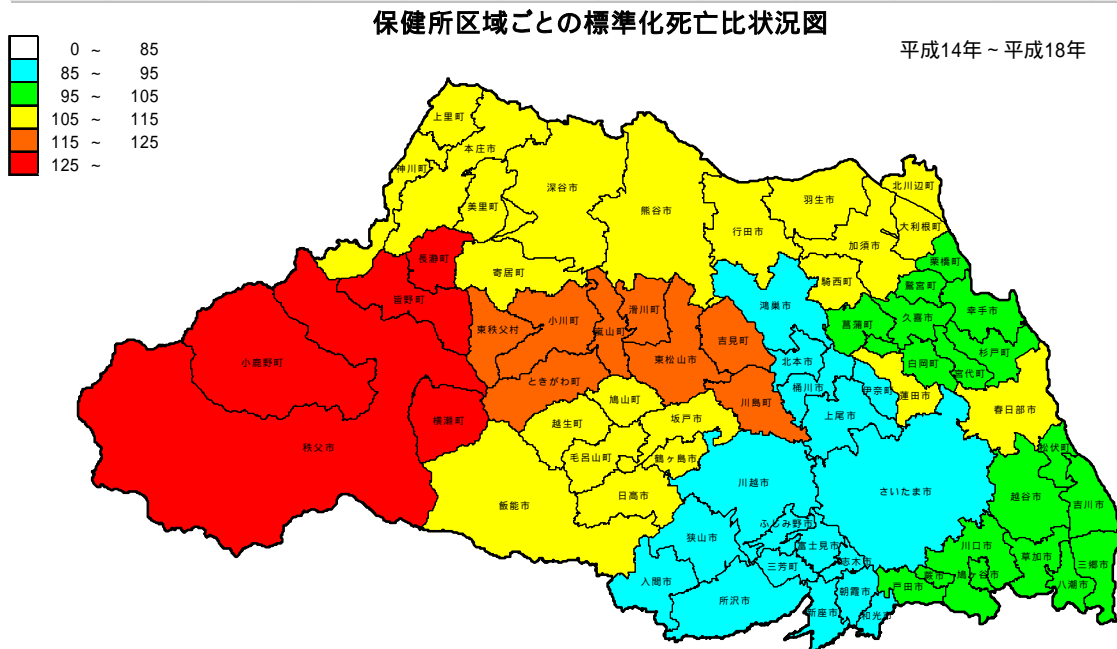


図10 保健所管内別標準化死亡比(自殺)の状況 人口動態統計

自殺について考えてみましょう

～日本の社会的風潮～



日本の仏教はキリスト教と異なり、自殺それ自体を宗教上の罪としたことはなく、また法律上も江戸時代の心中の禁令を除いて、特に禁止された歴史はないようです。他方、責任の取り方としての自決は古くから行われてきました。このような背景から、日本では自殺に対して寛大な社会的風潮が続いてきたと考えられます。

医学生を対象として自殺に対する意識調査¹を実施し、日米で比較した調査結果があります。日本人はアメリカ人よりも「人には死ぬ権利があり、自殺は正常な行為である」と考える割合が高かったとのこと。ここで重要な点は「自殺は精神疾患と関連している」という事実を両国の学生とも同程度に知っていたことです。つまり「自殺は精神疾患によって引き起こされる」事実を知っていて、それでもなお「自殺は正常な行為」と見なしたがる傾向が日本人にあるといえます。

その一方で自殺をタブー視する傾向も日本人のほうが強いようです。自殺で亡くなった人を個人的に知っているかどうかを尋ねる質問には、両国とも同じ程度の学生がYESと答えています。しかしそれが親類であると回答した割合は、日本はアメリカの半分でした。日本人は「自殺は本人の正常な決断に基づく行為」とみなしていながら（受容・美化）同時に親族の自殺については隠す傾向にある（タブー視）ということです。

このような2つの風潮によって、これまで自殺対策という動きが社会全体で抑止されてきたものと推測されます。

¹ Domino G, Takahashi Y: Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1991, 21: 345-359.

埼玉県における自殺対策の経緯

1. 埼玉県自殺対策推進ガイドライン

平成19年2月に、埼玉県内の自殺対策に取り組む関係機関、団体、学識経験者からなる埼玉県自殺対策連絡協議会（以下、「協議会」という）が発足し、埼玉県・さいたま市の今後の自殺対策について検討、連携の協議の場ができました。

協議会の主な役割は、埼玉県、さいたま市における総合的な自殺対策の施策の推進や事業の評価等を行うことです。

協議会では、今後の自殺対策について基本的な考え方や方向性を提言として取りまとめることになりました。取りまとめにあたっては、3回の全体会と3回の作業部会を開催して自殺対策の現状と今後のあり方について意見交換を行いました。

平成19年9月に「埼玉県・さいたま市における今後の自殺対策についての提言」（以下、「提言」という）を埼玉県、さいたま市に提出しました。

「提言」を踏まえ、埼玉県・埼玉県自殺対策連絡協議会では県・市町村・関係機関、団体等が取り組むべき今後の対策の方向性を「埼玉県自殺対策推進ガイドライン」（以下、「ガイドライン」という）として策定しました。

* 「ガイドライン」（埼玉県保健医療部疾病対策課ホームページ）

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BU00/suicideameasure/guideline.html>

2. 自殺対策の基本的方向

平成18年に制定、施行された自殺対策基本法の理念及び平成19年6月に国が策定した自殺総合対策大綱（以下、「大綱」という。）等を踏まえ、埼玉県において、自殺対策を実施するにあたっての基本的方向は次のとおりです。

自殺対策の考え方（基本的方向）

1 社会的な取組として総合的に実施する

自殺の背景には、様々な社会的要因があります。一人でも多くの県民の自殺を防止するため、相談体制の整備や相談窓口の周知等社会的に解決可能な手段を県民に提供します。

2 事前予防、危機対応、事後対応の各段階に応じて実施する

自殺対策は、事前予防（一次予防）、危機対応（二次予防）、事後対応（三次予防）の各段階に応じた効果的な施策を重層的に講じる必要があります。

3 関係機関、団体との緊密な連携のもとに実施する

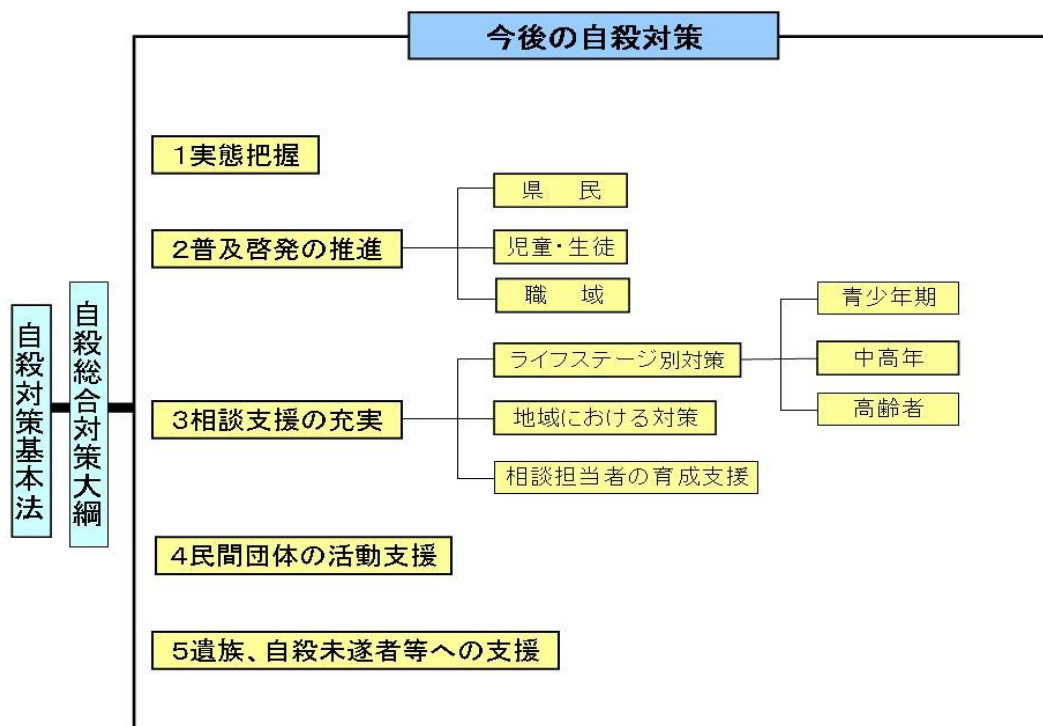
自殺対策に取り組む関係機関や団体の相互の連携を図り、協力体制を整備して自殺対策を効果的に実施します。

4 地域ぐるみで実施する

広域的な取組を行う県とともに、地域の実情に即した対策を行う市町村が中心になって、地域ぐるみの自殺対策をきめ細かく展開することにより、自殺者数を減少させます。

3. 今後の施策及び取り組み

今後、実施すべき自殺対策の施策及び取組については、自殺対策基本法の理念及び大綱等を踏まえ、県・市町村・関係機関、団体等が相互に連携して効果的な取り組みとして実施します。施策の体系のあらましは次のとおりです。



4. 当面の重点的な取組

ガイドラインでは、今後の取り組みの中でも特に重点的に取り組むべき事業として、次の三項目を掲げています。

(1) うつ、メンタルヘルス対策の充実

自殺者の相当部分が直前には精神疾患の状態であり、とりわけうつ病が大きな割合を占めていることから、うつ等のメンタルヘルス対策を総合的に進めていく必要があります。具体的には、講演会やパンフレット、広報紙等を利用したうつ病についての正しい知識の普及啓発を推進することや、市町村では、保健センター、介護担当等で実施する訪問指導や基本検診、健康教育等の機会を利用してうつ病のスクリーニングを行い、早期発見に努めることです。また、職域においてもメンタルヘルスケア対策を推進する必要があります。

精神保健福祉センターや保健所においては、現在、実施している電子メールによる相談やうつ病相談、家族教室等を充実していきます。併せてかかりつけ医等の医療従事者へうつ病等の精神疾患について、情報提供や研修を通じて理解を深めてもらい、

精神科への受診勧奨をおこないます。

(2) 横断的な取組による総合的施策の推進

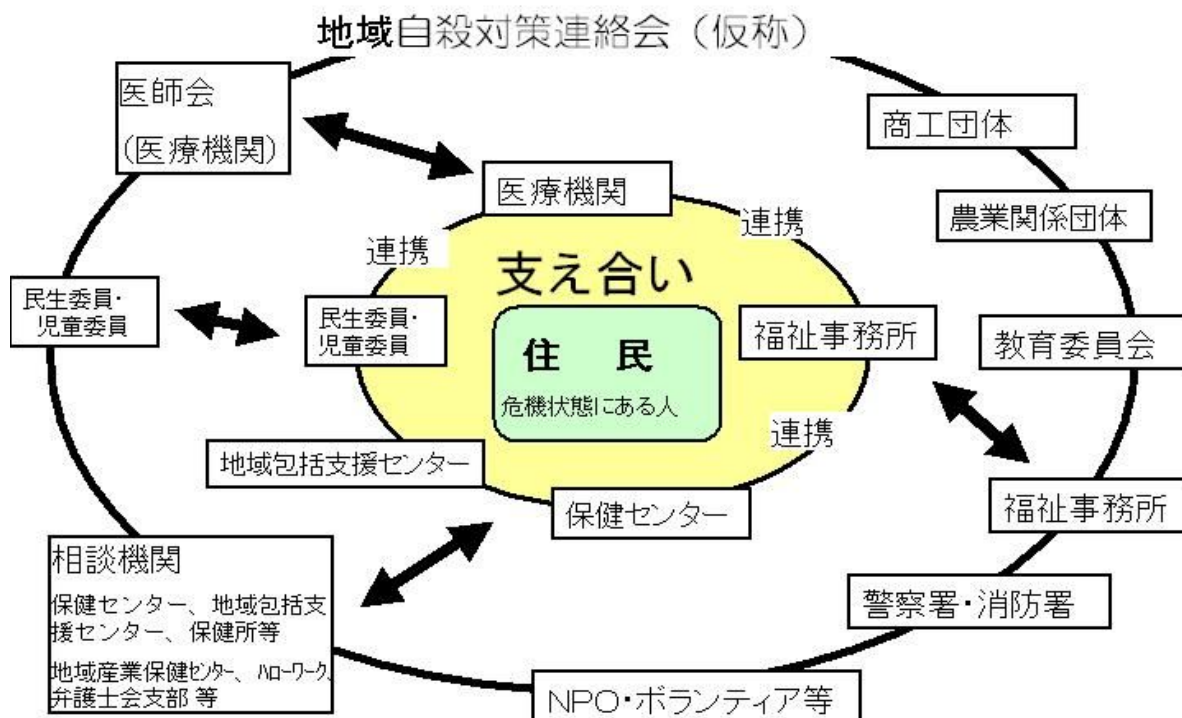
自殺の原因は複合的な要因が絡んでいることが多いことから、自殺対策も多面的な取組を推進する必要があります。また、既に対策が進められている、関連事業とも連携して推進していきます。

例えば、借金を理由にした自殺を防止するため、多重債務対策部門と連携した取り組みでは、自殺対策シンポジウムや無料相談会の実施、また、各部門で初期対応の中心的な役割を果たすゲートキーパー（最初に相談者に接する担当者）への研修についても、それぞれの担当部門と連携して、実施に向けた準備を進めます。

(3) 自殺対策の地域レベルでの実施に向けた取り組み

自殺者を減らすためには、県が実施する広域的な取り組みと相まって、市町村がその地域の実情を踏まえた対策に取り組むことが不可欠です。そのため、市町村が実効ある対策をとるために、情報提供、職員の研修、地域での関係機関・団体等のネットワークづくりに向けた環境整備等、様々な形での支援を行います。また、先進的に事業に取り組んでいる市町村の取り組み紹介や関連する取り組み（多重債務対策等）との連携を進めていきます。

地域レベルでの連携のイメージ （高齢者で関係機関の連携が必要な場合を想定）



5. 埼玉県における自殺対策の経緯（年表）

【平成18年度】

年月日	国	埼玉県	精神保健福祉センター
平成18年3月31日	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」	左記通知に併せて、自殺対策担当部署の明確化が求められ、本県では福祉部障害者福祉課(当時)を主管課とした	
平成18年5月			分かち合いの会「あんだんて」活動支援開始
平成18年6月21日	自殺対策基本法公布		
平成18年8月		第1回自殺予防対策庁内連絡会議	
平成18年10月		第2回自殺予防対策庁内連絡会議	
平成18年10月28日	自殺対策基本法施行		
平成18年10月1日			こころの健康講座「本人・家族 うつ病からの回復」
平成18年11月30日			研修:「メンタルヘルス問題と自殺予防」
平成19年1月			「電子メールによるこころの健康相談」事業開始
平成19年1月20日			こころの健康講座「本人・家族 うつ病からの回復」
平成19年3月			リーフレット「こころ、元気ですか？」作成(5万部)
平成19年2月22日			研修:「うつとアディクション問題」

【平成19年度】

年月日	国	埼玉県	精神保健福祉センター
平成19年4月		自殺対策主管課が福祉部障害者福祉課から保健医療部疾病対策課に変更	「精神保健福祉相談・自殺防止対策センター担当」新設
平成19年4月27日		埼玉県自殺対策連絡協議会作業部会(第1回) ・地域における相談体制について ・普及啓発活動について	
平成19年5月11日		埼玉県自殺対策連絡協議会作業部会(第2回) ・学校における相談体制について	
平成19年6月8日		埼玉県自殺対策連絡協議会作業部会(第3回) ・職域における相談体制について ・遺族、民間団体の支援について	
平成19年6月8日		「自殺総合対策大綱」閣議決定	
平成19年6月12日		第2回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・作業部会報告 ・提言構成(案)について	
平成19年7月10日		第3回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・提言(案)について	
平成19年7月28日			研修:「自殺予防対策における地域援助者の役割」
平成19年9月		「埼玉県・さいたま市における今後の自殺対策についての提言(自殺総合対策大綱を踏まえた具体的な取組をめざして)」発表(埼玉県自殺対策連絡協議会)	
平成19年9月			「うつの専門相談事業」開始
平成19年9月			「うつの家族教室事業」開始
平成19年9月			「自死遺族相談事業」開始
平成19年9月6日		第1回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成19年10月			県内相談機関を対象とした自殺の実態把握調査
平成19年10月13日		第2回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成19年11月3～5日		いのちの電話全国研修会支援(大宮ソニックシティ)	
平成19年12月2日			心の健康フェスティバル「心に優しい働き方～うつ病からの回復～」(川越市)
平成19年12月14日			研修:「うつ病の回復への支援～家族の支援について考える～」
平成20年1月			自殺防止対策パネル作成
平成20年1月12日			心の健康フェスティバル「こころ、元気ですか？」(さいたま市)
平成20年1月20日		自死遺族支援全国キャラバン「埼玉自殺対策シンポジウム」(桶川市民ホール) 講演会、遺族体験発表、パネルディスカッション	
平成20年2月15日		第4回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・自殺対策の取組について ・埼玉県自殺対策計画(素案)について	

【平成20年度】

年月日	国	埼玉県	精神保健福祉センター
平成20年6月			自殺予防と遺族支援のための基礎調査実施(国立精神・神経センターへの協力、20年度中に2件実施)
平成20年7月7日		第1回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・自殺者の状況について ・平成20年度事業について ・埼玉県自殺対策推進ガイドライン(案)について	
平成20年8～9月			「公的相談機関における自殺対策に関する取り組み状況調査」実施
平成20年9月14日		8都県市共同キャンペーン 埼玉自殺対策シンポジウム(講演会、パネルディスカッション、多重債務及びこころの健康相談コーナー)	埼玉県自殺対策シンポジウム共催
平成20年9月15日			心の健康フェスティバル「心に優しい働き方 うつ病からの復帰」(埼玉会館、全国精神保健福祉センター長会共同キャンペーン)
平成20年10月17日		第2回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・他県、政令市の取組について ・保健所、市町村における取組状況調査について	
平成20年10月31日		「自殺対策加速化プラン」発表(自殺総合対策大綱一部改正)	
平成20年7月12日			こころの健康講座「リスクって何? 自傷行為と向き合うために」(川越市保健所)
平成20年7月2日			課題テーマ別研修「自傷行為のアセスメント」
平成20年7月31日		第1回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成20年9月		「埼玉県自殺対策推進ガイドライン～かけがえのない命を守り支える～」発表 (埼玉県・埼玉県自殺対策連絡協議会)	
平成20年10月12日 平成20年11月28日 平成20年12月15日			市町村・保健所自殺対策担当者研修 共通研修「自殺予防対策について」 地区別研修「うつに関わる地域の取り組み」 地区別研修「うつに関わる地域の取り組み」
平成20年12月			SAITAMA精神保健福祉だより「埼玉県の自殺対策について」
平成20年12月			リーフレット「こころ、元気ですか?」増刷(2万部)
平成20年12月6日		第2回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成20年12月13日			心の健康フェスティバル「こころにプレゼント」(飯能市)
平成21年1月16日			研修:「地域における相談とメンタルヘルスの考え方」
平成21年1月30日	厚生労働省健康局総務課長、社会・援護局総務課長、社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知「現下の経済情勢を踏まえた自殺予防対策について」		
平成21年2月9日		自殺予防対策庁内連絡会議	
平成21年2月13日		第3回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・平成20年度自殺対策の取組について ・平成21年度事業検討について	
平成21年3月			リーフレット「こころを元気にする方法」作成(3万部)
平成21年3月			自死遺族向けリーフレット「大切な人を自死で亡くされたあなたへ」作成(1,000部)
平成21年3月12日		消費生活相談員対象メンタルヘルス研修	消費生活相談員対象メンタルヘルス研修共催

地域における自殺対策

県内のいくつかの地域では、すでに取り組みが始まっています。どこから始めるか、どうやって展開していくか、どんな人たちが中心になるかは様々ですが、これからの自殺対策のヒントになりそうなパターンをご紹介します。

Q 1 : 庁内の各課に呼びかけて、庁内連絡会議を開催したいと思う。
単発で終わらないために、また形骸化しないためには、どうすればよいか？

A 1 : ただ開催しただけではだめ！

会議の出席者に、自殺の現状と今後の展開について、十分に考えてもらうことが必要です。

担当者からの各課への事前打ち合わせや、会議に講演会を組み合わせ（外部の講師から）自殺対策の現状と重要性をアピールしてもらうなどの工夫をするとよいでしょう。

すべての担当課が賛同してくれなくとも、いくつか前向きな課があると、他の部署も「何か考えなくては」と思ってくれます。（そのためにも、構成はできるだけ広く担当課を網羅することが必要です。自殺対策に無関係な部署などあり得ません。）

複数回の実施

会議開催について要綱で定め、年度に最低1回（できれば複数回）開催できるようにします。

自殺対策は新たな施策ということもあり、新たな国からの情報も出てきており、そのことの周知も必要です。

Q 2 : 地域自殺対策連絡会を設置したほうがよいか？
その場合の構成メンバーは？

A 2 : 地域の実情に応じたネットワーク作り

自殺対策は、行政からの発信だけでは不十分です。最終的には、地域住民一人一人が自殺防止に関する意識を持つことが目標でもあります。

『核』になる団体があれば、呼びかけてみる

地域保健や教育などのテーマで、行政機関と連携をとりながら活動しているものがあれば、自殺対策についての活動を提案します。意識の高い会

であれば賛同してくれる可能性があります。具体的な活動内容は、今までやっている活動から展開していくことができます。この場合、必要なのは会員に「自殺対策の重要性」を認識してもらうことです。

会の設定を図る

こうした団体が見あたらない場合、自殺対策に関連したテーマでの事業などをもとに、実行委員会を作り、自殺対策連絡会へと発展させていく方法があります。（保健領域であれば、メンタルヘルスや高齢者問題、教育問題などを、自殺対策という視点で包括的に活動を継続することを提案します。）

Q 3 : とりあえず現在の活動からの取り組みを始めたいが、そうした場合の考え方は？

A 3 : プリベンション（一次予防）

（１）メンタルヘルスに関する普及啓発

できるだけきめ細かな普及啓発のために、生活やライフステージにあわせて企画します。個々人の具体的な状況を振り返ってもらうこと、リスクを感じたら何よりも相談や受診につなげることが目的です。相談する人の「何とかしなくては」という動機付けが早期治療には必要です。そのため、企画する側は、事後の相談先についても、きちんとアナウンスすること。

（２）テーマは、より参加しやすいものに

「うつ病」や「経済問題」「リストカット」はインパクトがあり、自殺対策の普及啓発には必要なテーマですが、さらに一般的にしたいときには、「睡眠について」・「お金の使い方」・「ケータイの使い方」などのテーマでも、自殺対策の効果的な普及啓発を企画できます。

（３）できるだけ継続的に

行政の企画する普及啓発事業は、そのことに「積極的に取り組みます」という表明でもあります。自殺対策のような総合的継続的に実施していく必要のある事業については、単発ではなく通年の企画が必要です。

インターベンション（二次予防）

（１）総合的な支援が必要

リスクの高い状況に置かれた人たちが、どこの相談窓口を目指すのかわかりません。しかし、自殺に追いやられてしまうのは、いくつかの問題が積み重なった場合が多いのです。多問題事例に関しては、どこかの担当が抱えてしまうのではなく、総合的な支援体制の構築が必要です。

（２）精神保健

うつ病、依存症、統合失調症などの自殺のリスクの高い疾患に対して、自殺対策を視野に入れた支援を行います。

（３）経済問題

多重債務を抱えていたり、生活が成り立たなくなっていたり、今後の収入に不安があったり、様々な経済問題は自殺のリスクと結びつきやすいものです。具体的な相談の導入が必要です。

（４）教育問題

「虐待」「いじめ」「不登校」「自傷行為」など、保育や学校の現場で問題とされる事柄は、いずれも自殺のリスクをはらんでいます。自殺対策の第一歩は、自殺が生じる危険のあることを忘れないことです。

教育現場と具体的な連携をとろうとするときには、他の領域でも同じですが、ふだんの連携が大切です。こちらの組織について先方に具体的に知ってもらうことから、端的には「どんなことでお手伝いできるのか」というアピールが必要です。（自殺対策に関する連携は、いきなり持ち出しても抵抗が強く、抽象的な提言では理解してもらえません。）教育の場であれば、ふだんの保健活動での連携をベースにして、自殺予防教育などについて協働できる可能性があります。また、地域での自殺対策連絡会議にも、教育からの参加を要請していきます。

（５）産業保健

産業保健分野との連携は、全国的に未開拓です。

管内の産業保健窓口と、問題を共有することから連携の糸口をつかむことが考えられます。あるいは、メンタルヘルスなどの知識の普及啓発活動などを一緒に行う機会があれば、活用していきましょう。

（６）自殺未遂、自殺企図のあった事例

自殺未遂・自殺企図事例が現場で発生したとき（相談を受けている事例が、経過の中で自殺企図に及んだ、等）、具体的な対応と今後のケアのため、また関係者間で問題を共有するために、できるだけ早く事例の検討を行います。また、直接の担当者への支援も大切です。今後の対応については、担当者のサポートをも視野に入れて再考します。

ポストベンション（三次予防）

（１）自死遺族支援

自死により大切な家族を亡くし残された方々は、相談や援助から最も遠い人々であるかもしれません。しかしだからこそ、支援する側が積極的な情報提供を行わなければ、あらゆるケアから取り残されてしまい、場合によってはさらなる自死のリスクを高めてしまうことにもなります。

事業を進めるために

こうした様々な自殺対策を、ただ一人の担当者・ただ一つの部署で始めることは困難です。（トップダウンなどがあって）組織内で合意があれば、できるだけ全体を統括できる部署の参加を要請します。もし単独でとりあえず開始するのであれば、組織外の機関との連携（精神保健福祉センター、保健所など）を検討してください。

自殺対策の最新情報を得るためのホームページ

自殺予防総合対策センター「いきる」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

内閣府自殺対策推進室 <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/>

NPO法人自殺対策支援センターライフリンク

<http://www.lifelink.or.jp/hp/top.html>

埼玉県庁 埼玉県の自殺対策について

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BU00/suicideameasure/suicideameasure.html>

埼玉県立精神保健福祉センター

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A03/BE02/top.htm>

横浜自殺予防研究センター

http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/index.htm

自殺について考えてみましょう

～自殺対策？どう進めたらいいの？～



1. アクションプランを作ってみよう！

自殺総合対策大綱はマスタープラン（皆が顔を向けるべき方向）です。大綱に書かれていることをすべて始めるのは不可能です。地域の実情に即し、短期的な行動内容を具体的に定めるアクションプランを作ってみましょう。

アクションプラン策定のポイント

自殺総合対策大綱に基づき短期目標を明確にしてみよう

地域特性や人口動態の分析により介入ターゲットを明確にしてみよう

いつ、どこで、だれが、何をするかを具体的に記述してみよう

実施可能な組織体制（予算、人材、責任所在）を作ろう

目標達成度の評価方法と見直し時期をあらかじめ定めておこう

誰でもが理解できるように、計画を具体的に文章として記述してみよう

2. メディカルモデルとコミュニティモデルを連携させてみよう

メディカルモデルは、自殺に直結しかねない精神疾患の早期発見と適切な治療の導入のことです。

コミュニティモデルは、健康な人を対象とした教育です。困った時に助けを求めることは適切であるというメッセージを伝え、どこに助けを求めたらいいか情報提供をします。こころの病に対する偏見を取り除くための啓発活動も重要です。

メディカルモデルとコミュニティモデルの両者に関連を持たせて、長期的に実施してみましょう。

3. 自殺対策はネットワーキング

ともすると、「自殺予防なんてできるのだろうか？」と問題の大きさに圧倒され、「自分に何ができるのか」と無力感にとらわれてしまいがちになります。自殺対策はひとりではとても進められません。総合的な取り組みが必要であり、各方面の方々の力を集めながら進めていく必要があります。

4. 「今、ここから」何ができるかを考えて、長期的に取り組もう

自分（達）だけで全てをしようとか、自分（達）がしていることが最善と思いつくと上手く行きません

長所と短所、能力と限界を知って活動しましょう。

「AかBか」「白か黒か」ではなく「AもBも一緒に協力して」という発想が必要です。「今、ここから(here and now)」が合言葉です。

5. 自殺対策にたずさわる私たち自身のこころの健康にも注意しよう

自死遺族の方の相談対応など、「自殺」という極めて深刻な話題についてある程度の時間話し合うことは、専門家にとっても相当疲弊する体験になります。

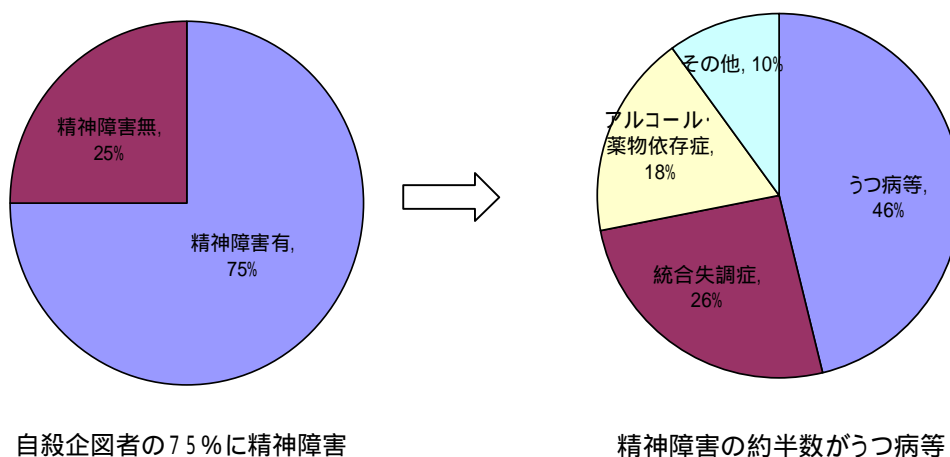
バーンアウトを引き起こさないためにも、ひとりで抱え込むことはせず、チームで対応できる体制をつくり、率直に話し合えるような環境づくりに心がけましょう。

第 2 部 自殺の危険性の高い人への対応

うつ病・うつ状態

自殺とうつ病とは、深い関連があるといわれています。自殺を図った人(自殺企図者)の多くが、何らかの精神疾患を抱え、その半数がうつ病であるとのデータがあります。

自殺の背景としての精神疾患 精神障害の有無



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 -

飛鳥井望 (精神神経誌 96 : 415-443 , 1994)

1 . うつ病・抑うつ状態が疑われる場合

自分自身の不調や周囲の人の変化に気づいたら、安易に「たるんでいる、怠けている」と決めつけずに、体調や精神状態をチェックしてみます。

うつ病の特徴は以下のようなものです。

- ・眠れない日が続いている / 朝方いつも目が覚める
- ・食欲がない / 美味しいはずの食べ物に味がしない / 体重が減った
- ・普段なら楽しいはずのことが楽しめない、興味がわかない
- ・やる気が出ない、疲れやすい
- ・集中力が低下して物事を決められない / 優柔不断になってしまう

- ・家事がはかどらず、家が散らかってしまう / 料理の献立を考えるのが億劫になる
- ・自分を責めがちになる / 自分はダメな人間で救いようがないと感じる
- ・頭痛、腰痛、耳鳴り、めまい、全身のだるさ、胃もたれ、息切れなどの身体症状を訴える
- ・飲酒量が増えている
- ・死にたいと考えることがある / 死にたいと口にする
- ・そわそわし、落ち着きがない / 焦燥感に居ても立っても居られない
- ・気分が憂鬱になり、悲観的になる

2. 相談などの場面で、うつ病・抑うつ状態を見逃さない

相談者は、抑うつや不安などの精神症状を直接の主訴として相談に来るばかりではありません。相談が進んでいく中で、相談者が憂うつそうな様子を見せたり涙ぐんだりする場合があります。担当者が相談者の苦しさに共感を示したり、苦勞にねぎらいの言葉をかけたことをきっかけに、精神的な辛さについて語り始める場合もあります。あるいは態度には全く表さず、担当者がストレスや気分に関する質問をすると初めて「実は眠れていない」「仕事が手につかない」といった訴えが出てくる場合もあります。

したがって、本人にとって極めて深刻な問題（例えば近親者の死、大きな失敗、失業や借金、重い病気、家族の介護、大きな喪失体験）を抱えていると推測される場合は、必ずストレスや気分、睡眠や食欲に関する質問をするべきです。

うつ病の診断基準

以下の症状のうち5つ以上が、同じ 2週間の間に同時に存在し、病前の機能から変化を起こしている。

- 1) ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
- 2) ほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減少
- 3) 著しい体重減少（増加）、または食欲の減退（増加）
- 4) ほとんど毎日の不眠（睡眠過多）
- 5) 精神運動性の焦燥（停止）
- 6) 易疲労性、気力の減退
- 7) 無価値感、過剰であるか不適切な罪業感
- 8) 思考力、集中力の減退
- 9) 反復する自殺念慮、自殺企図

3. 対応について

大切なものを失ってしまったときに気持ちが落ち込む「抑うつ」は正常な反応といえます。しかしその抑うつ状態が 2 週間以上続いていて、日常生活に支障をきたしている場合には、うつ病や抑うつ状態についての特別なアプローチが必要だと考えられます。

うつ病や抑うつ状態の時は十分な「休養」を取れる環境を整え、医療機関を受診して適切な「薬物療法」を受けることが大切です。本人に受診の意志があるなら、かかりつけ医、地域の精神科・心療内科医療機関への受診をぜひ勧めてください。

しかしご本人・ご家族にうつ病や抑うつ状態の可能性を伝えて、精神科・心療内科への受診を促しても、抵抗を示す場合もあります。「かまわないでくれ」と助言や注意を無視して自分には関係ないように振る舞うこともあれば、「少し疲れただけ」「そんなに大げさなことではない」と問題を過小評価したり、「精神病扱いするのか」「そんな話をしにきたのではない」と怒り出すこともあるかもしれません。また「心の問題なのに薬でどうこうするなんてナンセンス」「薬に頼ると癖になったり、依存したりして中毒になる」「薬で人格や性格まで影響を受けるのでは」といった不安から受診をためらう可能性もあります。

そのような場合でも、こちら側が感じている懸念を伝え続けることは大切です。たとえ背を向けられてもアプローチは停止せず、「理解を得ること」を援助目標に据えるなど、関わりを保ち続けようとする姿勢が大切です。

うつ病や抑うつ状態により、偏った理解や受け止め方をしてしまう場合もありますし、うつ病についての正しい知識もない方もいらっしゃるでしょう。そのような背景も考慮しつつ、下記のような内容を伝えていけるとよいでしょう。

うつ病についてどう説明するか

・うつ病は「怠け」や「さぼり」ではありません。いうならば「脳の病気」です。これを「脳が疲れている」とたとえることもあります。

そのため、「休養」が必要であり、休養を確保するための環境調整を行います。休養とは、文字通り休むことで、気晴らしに旅行したりすることではありません。

・うつ病は「治る」病気です。しかし、「再発する」こともあります。

その予防のための治療が必要になります。治ったと思っていても、再

発防止のための薬物治療が継続します。

- ・うつ病になると、正常な判断力が低下します。

治療中は、重大な決断(離婚、退職など)をしないようにします。

- ・薬物治療の効果は2週間ぐらいたって現れます。また、状態が改善してからも、少なくとも4~6ヶ月は同じ量を服用することが勧められています。

きちんと治療している限り、治療薬への「依存」や「中毒」を心配する必要はありません。また、うつ病の治療薬は、人格や性格へ影響を及ぼすような薬物ではありません。むしろ、せっかく治療を開始しながら、中断してしまうことのほうが、病気に深刻な影響があります。

5. 家族への対応

他の精神科疾患と同じく、うつ病もまた、ある意味ではわかりにくい病気です。本人にとってもそうですが、心配している家族にとっても、どのように対応すればいいのか迷うことが少なくありません。

家族は、少なくとも正確に事態を把握し、判断することができます。正しい病気の知識を家族に持ってもらうのは、本人の治療における環境調整にとって重要です。

家族は受診が必要だと考えていても、本人が行きたがらない、あるいは精神科に抵抗を示す場合もあります。「受診したってどうにもならない」と主張する場合もあります。

- ・受診のすすめは、目的を明確に；

「病気(の部分)を治して楽になるため」に病院に行くのです。そのことをしっかりと伝えます。

- ・具体的な情報；

「精神科受診は初めて」という場合、勧める家族にとっても、何をしてくれるところなのか、どんな病院なのか、よくわからない場合の方が多いと思われれます。家族が事前に、可能なら病院へ行って家族相談をするとか、相談機関で情報を得るなどの準備をしておくといよいでしょう。

うつ病の場合はせっかく外来受診に通い始めても、途中で止めてしまうことが非常に多いと言われています。また、受診をしていても、自分の不調を主治医に伝えない場合が多いので、家族が受診に同伴し、家族からの情報として伝える機会を持ちましょう。

統合失調症

統合失調症は、うつ病に次いで自殺の原因の一つとなることの多い精神疾患です。自殺は、統合失調症の患者さんの早期の最大の死因とされています。

統合失調症における自殺に特異的な危険因子としては、

- ・雇用されていない若年男性
- ・反復する再燃
- ・悪化への恐れ（特に知的能力が高い場合）
- ・猜疑や妄想などの陽性症状
- ・抑うつ症状

などがあげられます。

また、自殺のリスクがもっとも高まる状況としては、

- ・病気の初期の段階
- ・早期の再燃
- ・早期の回復。自殺のリスクは、罹病期間が長くなるにつれて漸減する。¹

一方で、「自殺は慢性統合失調症に多い」とする研究もあります。症状の悪化がリスクを高めることについては、おおむねどの研究も警告しているところですが、「さまざまな危険因子をかけ合わせても、有効な予知をするまでに至っていない」（同）という実情があります。²

実際、精神保健福祉領域でも、統合失調症の自殺のリスクについては予測しがたいという実感があります。しかし、逆にこのような思いこみが予測を困難にしてきている可能性も、またあるのかもしれませんが。

しかし、致死性の高い自殺行動を起こした統合失調症事例の検証から、

- ・精神症状の急激な悪化の際には、自殺の危険性が高まる
- ・抑うつ状態の存在を見逃さないことが重要

であるため、地域における包括的なサポートシステムおよび精神科危機介入システムの構築が必要とする研究もあります。³

現在当センターでは、統合失調症を中心とした精神疾患の、生活訓練施設内における自殺予防の指標を検討し始めています。自殺対策の基本である「相談」と「生活支援」をすすめながら、自殺を含めたりスクをよりきめ細かく予測しようと考えています

-
- 1 WHO文書「自殺予防 プライマリ・ケア医のための手引き（日本語版）
河西千秋、平安良雄監訳、横浜市立大学医学部精神医学教室、2007
横浜自殺予防研究センターホームページ
http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/index.files/Page2244.htm
 - 2 黒澤尚編集「自殺の病理と実態 - 救急の現場から」医歯薬出版株式会社 2003
 - 3 統合失調者における自殺行動とその予防に関する臨床的研究 日本社会精神医学会雑誌
第18号1号 2009.7 34-51

自殺について考えてみましょう

～ 思い込みと偏見～



自殺について一般に広く信じられている考えのいくつかは、事実とはかなり異なっています。以下に紹介する、自殺行為についての事実と異なる思い込み、また自殺にまつわる様々な哲学(信念)が、われわれの自殺への態度に知らず知らずのうちに影響を与えています。

○自分から自殺をほのめかす人は自殺しない。

「死ぬ、死ぬ」と騒ぐ人は、本当は自殺しないというのは思い込みです。

実際、自殺した人の8割から9割は、自殺行為に及ぶ前に何らかのサインを他人に送っていたり、自殺するという意志をはっきりと言葉に出して他者に伝えているのです。

本当に自殺の危険性が高い人は、確固とした死ぬ覚悟があって行動する。

実際には自殺行為に及ぶ瞬間まで、その人は「生」と「死」の間で心が激しく動揺していると言われていています。絶望しきって苦しみから逃れるために死を望む気持ちと、「助けて欲しい」という気持ちが同居している状態で揺れ動いているのです。

自殺未遂者は、本当は死ぬつもりなどない。

「確実に死に至る」方法を敢えて取らなかったのだから、死ぬつもりはないというのは誤りです。実際には、自殺未遂をしたことのある人は、その後も同じ行動を繰り返し、最終的に自殺によって生命を落としてしまう率が一般よりもはるかに高いのです。

○自殺未遂者と自殺について話をすると危険である。

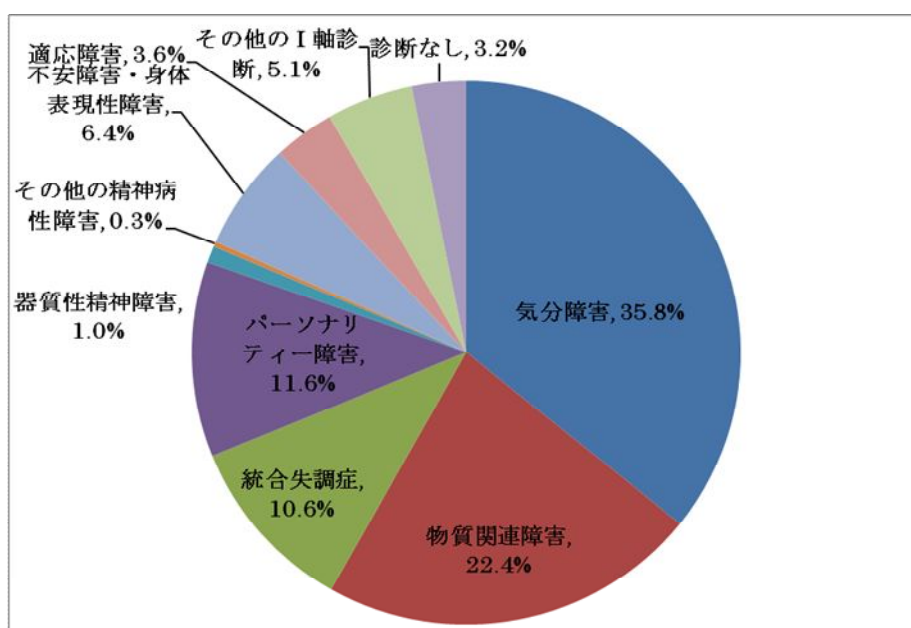
自殺について話をしたからといって、自殺念慮を賦活させたり、自殺の考えを植え付けることになるわけではありません。むしろ自殺について率直に語り合う方が自殺の危険を減らすことにつながります。自殺の問題をタブーと考えてその話題を避ける態度は、その当人に「自分の苦痛に関心をもってくれない」と感じさせ、孤立感・絶望感を深める結果になることがあります。また自殺したい気持ちについて言葉にすることで、絶望感に圧倒された状態から、ある程度距離をおいて自分の心を振り返り、自分の置かれた状況を客観的に再認識することができるようになるのです。

依存症（アルコール、薬物、ギャンブル）

依存症もまた、自殺との関連の深い精神疾患です。

下の図にあるように、アルコールや薬物の使用（物質関連障害）は、自殺関連行動の危険性を高めると考えられています。平成20年の警察統計（全国）によると、アルコール依存症は310人、薬物乱用は48人（原因・動機が特定された自殺者数23,490人中）が、自殺で亡くなられています。

自殺既遂者における精神疾患の存在



精神科入院歴のない自殺既遂者 8,205 例について調査

複数診断の総数（12,292）に対する割合を示している

Bertolote JM, Fleischmann A

Suicide and psychiatric diagnosis : a worldwide perspective. World Psychiatry 1(3):181-185,2002 より作成

H18 『今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会』より抜粋

1. 依存症とは

嗜癖物質・嗜癖行動に対する強い欲求が生じるため、その頻度、時間、量、場所などの制限が守れなくなり、行動のコントロールができなくなる一種の“病氣”です。したがって“節度のある飲酒”や“娯楽の範囲のギャンブル”はできなくなります。

放置しておくると徐々に進行し、健康を害する、職場を解雇される、家庭がうまくいかなくなる、経済的に貧窮する、事件・事故に巻き込まれるなど様々な

問題が表面化します。依存症は本人の「だらしなさ」「意志の弱さ」のみで片付けられる問題ではなく、本人の意志の力で“治す”ことはできません。

さらに依存症に“治癒”（コントロールを取り戻す＝ほどよくお酒を飲めるようになる、楽しみの範囲でギャンブルをできるようになる）は決してありません。しかし“回復”（アルコールやギャンブル抜きで毎日を生活していくこと）はできるようになります。

2．依存症が疑われる様子や相談内容

「お酒、薬物、ギャンブル（パチンコ・スロット・競馬・競艇など）がやめられない」という訴えの場合もありますが、「仕事が続かない」「身体的・精神的暴力」「借金」などをどうにかしたい、という訴えになる場合もあります。

3．依存症が疑われる場合の質問の仕方

（1）アルコール依存

ご本人には、次のようなことがないかどうかを尋ねます。

「『今日だけは飲むのをやめよう』と思ってもつい飲んでしまう」「お酒のために、仕事や学業、人間関係、健康に支障をきたしたり、人から責められたことがある」「ちょっとだけのつもりが、ついつい深酒してしまう」「記憶を無くしたことがある」「家族より仕事より健康より、何よりもお酒が第一になっている」など。

仕事には一切遅刻欠勤なく、有能で人望がある場合や、数ヶ月断酒できていた時期がある場合でも、気持ちと向き合う代わりに飲酒していたり、飲酒をコントロールできなかつたりしていれば、アルコール依存症を疑っていきます。

家族は、「お酒を隠したり、量を決めて約束させる」「本人の代わりに会社に連絡する」「暴力さえなければ、見て見ぬふりをする」など、何とかしようと様々な試みをしていますが、そうした努力は効果がありません。

<アルコール依存症とうつ病>

アルコール依存症とうつ病はいわば双子の関係にあります。何らかのきっかけでうつ病になった人が気分を持ち上げようとして飲酒量が増えたり、あるいは処方された睡眠薬だけではよく眠れないからと就寝前の寝酒を習慣化することで、アルコール依存症に陥っていく事例が多くみられます。酩酊し自分の行動をしっかりとコントロールできない状態で自殺行動に及ぶ人も少なくありません。そのため、うつ状態で自殺願望がある人の酒量が増えるというのは危険なサインと言えます。

(2) 薬物依存^{1 2}

中枢神経に作用する物質にも様々な種類があります。

覚醒剤・コカイン・MDMA・咳止めなど興奮を引き起こすもの、LSDなど幻覚を引き起こすもの、睡眠薬・安定剤・大麻・シンナー・ガスなど抑制を引き起こすものなどです。

いずれも使用していると、幻覚・妄想などの症状が出現することがあります。

「トロンとした感じで様子がおかしい」「ろれつが回らない」「(睡眠薬・安定剤・咳止めなど)適量以上の薬を使っている」「何力所もの精神科を受診して処方を受けている」「急に痩せてきた」「寝ないで活動していたかと思えば、長時間寝る、をくり返している」「見慣れない錠剤や粉薬がある」「突然、警察に追われていると怯える」など、様子のおかしさがないかどうかを尋ねます。

(3) ギャンブル依存³

家族が「借金」や「仕事が続かない」「(ギャンブルで負けた時は)がっかり落ち込んでしまい、しばらく部屋に引きこもっているので心配」などと来所することが多いようです。「本人の給料を預かって、家族が代わりに管理している」「ご本人の借金を肩代わりしている」「用途不明のお金がある」「財布を無くした、車で事故をしたので示談金が必要、友人に頼まれてお金を貸している、借金を返さないと身が危険など、様々な理由でお金を用立てるよう頼まれる」などのことがあるかどうかを尋ねます。

ご本人は、「今日はやめておこうと思っても、ついついやってしまう」「一日中ギャンブルのことを考えてしまう」「何よりギャンブルが最優先になっている」「散々損をしているのに、今度は取り返せると思いやり始めてしまう」「借金を家族に肩代わりしてもらっている」かなどを尋ねます。

4. 窓口での対応・助言の実際

(1) 依存症は一種の“病気”ですが、服薬で完治するものではありません。

依存症についての教育的なプログラムを受けたり、自助グループに通うことで、回復を目指すので、本人が回復に取り組む気持ちを持ってもらうことが大切になります。

(2) たいていの場合、問題行動を繰り返されると、周囲の人間は「たしなめる、叱る、情に訴える、言い聞かせる、約束する、交換条件をだす、本人

¹ 『アディクション』ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)調査・編集、2002年
アスク・ヒューマンケア発行

² 『「薬物依存症」家族のためのハンドブック』埼玉県立精神保健福祉センター、H16年

³ 『ASK選書4「ギャンブル依存症」』ASK編 アスク・ヒューマンケア発行

に降りかかる火の粉を払いつつ成長を暖かく見守る、影響力のある第三者に強く言ってもらおう」などの様々な対応を講じます。しかし、その結果本人が「懲りる、家族の尽力に感謝する、これではいけないと反省する、我に返る、本当に大事なものに気づく、若気の至りを通過する、苦難を経て成長する」ことは期待できません。

- (3) 本人は問題を認めようとしなないことが多いものです。まずは問題に気づいた家族が相談や自助グループなどを利用し、依存症について学び、家族が回復していくことをお勧めします。本人にも、依存症は病気で回復可能であること、回復のための行動をとってほしいことを伝えていきます。

5. 依存症の専門相談

- (1) もよりの保健所；保健予防推進担当
(2) 県立精神保健福祉センター（県内在住でさいたま市以外の方）；
相談予約係・精神保健福祉相談担当（さいたま市の方は、さいたま市こころの健康センター）

6. 自助グループ・自助組織

- (1) アルコール依存
AA（本人）アルコールイクス・アノニマス
関東甲信越セントラルオフィス <http://www.h2.dion.ne.jp/~aa-kkse/>
断酒会（本人・家族）
（社）埼玉県断酒新生会 <http://www.saitama-danshu.or.jp/index.html>
アラノン（家族）
アラノンジャパン G S O <http://www.saitama-danshu.or.jp/index.html>
さいたまマック（本人）アルコール依存症リハビリテーションセンター
<http://www2.tbb.t-com.ne.jp/saitama-mac/>
- (2) 薬物依存
NA（本人）ナルコティクス・アノニマス
NAジャパン <http://najapan.org/jp/whatisna.html>
ナラノン（家族）
<http://www4.ocn.ne.jp/~nar633/index.htm>
埼玉ダルク（本人）薬物依存症リハビリテーションセンター
<http://saitama-darc.com/>
- (3) ギャンブル依存
ワンデーポート <http://www5f.biglobe.ne.jp/~onedayport/>
JCCG（強迫的ギャンブル対策協議会）
<http://members3.jcom.home.ne.jp/problemgambling-jccg/schedule.html>

借金・経済問題のある人

借金・経済問題は、自殺の原因・動機として最も多いものの1つですが、借金による自殺既遂者や自殺未遂者の多くは、消費生活センターや法律家による適切な援助を受けていないことが分かっています。このことは、彼らが専門家による適切な援助につながっていれば、自殺を予防できた可能性を示唆しているといえます。

1．相談窓口での相談者の訴え

相談者は、借金や経済問題を直接的に主訴とせず、相談に来ることもあります。以下に示すような、家庭内の問題、職場の問題、健康問題や様々な生活上の相談から始まり、話していく中で借金・経済問題の存在が明確になっていきます。

- ・税金が払えない。(分納させてほしいと相談に来た場合は、多重債務の可能性が高い。)生活費がない。
- ・夫婦関係や親子関係がうまくいっていない。(内緒の借金があるために関係が悪化している場合がある。)
- ・家庭内暴力:夫からDVを受けている。子どもから暴力をふるわれている。
- ・子どもが登校できていない。(生活困窮のため、子どもが登校しなかったり、親が登校させなかったりしている。)
- ・家族/親類/友人の様子が気になる。(言動の辻褄が合わない。小さな嘘が多い。)
- ・病気のことで相談したい。(病院の入院費が払えない。)
- ・失業、リストラ、事業の失敗。
- ・親、子どもが失踪した。行方不明。(実は借金を抱えている場合も多い。)
- ・「おまとめローン」を扱う金融機関(公的融資)はないかと相談に来る。

2．本人と家族とが一緒に相談に来た場合の留意点

本人が家族と一緒に相談に来た場合、家族は借金の実情を全く聞いていないことも多くあります。

本人が家族の前で話しづらそうにしている場合、家族と本人を別々にして相談を受け、あらためて本人に借金・経済問題がないか尋ねるといった配慮も必要になります。(その場で初めて借金の存在を知った家族が、本人を非難したり呆れたり、びっくりするなどして、具体的な相談対応ができなくなることもあるからです。)

3．相談窓口での対応・助言の実際

窓口の対応で重要なことは、細かい法律の専門知識ではなく、「相談したい問題を整理すること」と「最後は確実に専門家のところ相談を引き継ぐ」ことです。

プライバシーを守れる環境を用意する、相談内容が外に漏れることはないことを保証する、などの配慮も大切です。

借金問題については、「本人の責任だから自分のまいた種は自分で解決すべき」という社会通念があり、他人の援助を受けることなく、日々の取り立てや資金繰りのために疲労困憊している場合も多いのです。また抑うつ状態あるいはパニック状態に陥り、正常な判断力が低下している場合も少なくないと思われます。

(1) これまでの苦勞をねぎらう。

「今までよく頑張ってきましたね。もう1人で何もかも頑張らなくても大丈夫ですよ。」

(2) 専門家(弁護士、司法書士、消費生活センター)の介入有無を確認する。

<既に相談している場合>

その相談がうまくいっているかを確認し、専門家の介入があれば借金問題は解決可能であることを再確認しながら、必要に応じてその専門家との連絡調整を行う。

<未だ相談していない場合>

専門家の介入があれば、借金問題は解決可能であることを伝える。

法的手続きを採ることで返済額が減額・免除になる場合があり、さらに法的手続きが開始されれば、取り立ては止まる。

(3) 専門相談機関へつなげる。

話の内容を整理しながら、いっしょに要点を紙に記入していき、それを持って紹介する専門相談につながるよう伝える。了解が得られれば、相談員が事前に連絡をしておくこともある。

4．借金を繰り返している場合の留意点

もし借金の背景に、ギャンブル依存や買い物依存などの依存症がある場合、まずは依存症の専門相談につなげることが先決です。

「借金を放置しておくとう金利がかさむのだから、借金問題が優先」と考えがちですが、ギャンブル依存症を放置したまま借金問題を解決しても、同じ借金をまた繰り返すだけに終わる上、依存症が進行・悪化する危険性が高いのです。

司法書士の言葉「借金問題は法律上いつでも解決できる。ギャンブル依存が先です。」

5 . 相談先

法テラス（日本司法支援センター）

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

法テラス埼玉（日本司法支援センター埼玉地方事務所）

<http://www.houterasu.or.jp/saitama/>

埼玉弁護士会

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

埼玉司法書士会

<http://www.saitama-shihoshoshi.or.jp/>

クレジット・サラ金被害者の会「夜明けの会」

<http://homepage2.nifty.com/asahi-houmu/yoakenokai.htm>

自殺に傾いている人

1．自殺の危険性に結びつきやすい背景（危険因子）

（1）精神疾患

一般的には「うつ病」「アルコール・薬物依存症」「パーソナリティ障害」などがあげられますが、もちろん統合失調症や不安障害など他の疾患も、考慮する必要があります。

（2）身体疾患

終末期の病気、痛みの強いまたは持続する病気、進行性の病気、難治性の病気などはとくに、「いっそ終わらせてしまいたい」という感情を引き起こします。

（3）自殺企図歴、自殺未遂（本人及び家族）

ある家族の自殺未遂歴が、他の家族の自殺を引き起こす可能性もあります。緊密な集団では、身近な人が「自殺」という選択肢を選ぶと、他の人も「いざというときの選択肢」として選びやすいのです。

（4）社会的な喪失体験や孤立；

離別・死別・単身という生活状況や、失業・退職などの社会からの撤退と受け取られやすい状況。

（5）家族機能の障害、経済状況の悪化；

この二つは時として一緒に起こります。「虐待」の背景に、その家庭の経済的問題が存在していることが多いように、家族機能が障害され、家庭の経済が悪化することは、自殺のリスクをも高めるものです。

こうした背景が分かっていたり、自殺の危険性が高いと判断されたり、面接などの場面で「死にたい」と打ち明けられたりした場合、どのような対応をすればよいのでしょうか。

2．自殺の危険性の高い人に対応する際の心構え

死にまつわる事柄は、できるだけ遠ざけておきたいと思うのは人間としてあたりまえの心理です。しかし、その気持ちを自覚し心を決め、「死にたい」と思っているかもしれない人への援助をしていくことが大切です。

また、相手を安心させ理解されたと思う気持ちを持ってもらうために、あえて自殺について尋ねること、自殺のほのめかしに対しても真剣に受け止めることも大切です。「誰にも理解されない」という状況こそが、自殺を呼び寄せるのです。

3. 自殺直前の行動の変化¹

自殺の危険因子を数多く満たして、潜在的に自殺の危険が高いと考えられる人に、何らかの行動の変化が現れたならば、すべてが直前のサインと考えるべきです。自殺に至るまでには長い道程があり、この準備状態こそが重要です。直前のサインは自殺につながる直接の契機とも言い換えられます。準備状態が長年にわたって固定していき、自殺の引き金になる直接の契機はむしろ周囲から見ると些細なものに思える出来事である場合のほうが圧倒的に多いのです。このような点をまず指摘したうえで、自殺の直前のサインを取り上げてみましょう。

- ・感情が不安定になる。突然、涙ぐみ、落ち着かなくなり、不機嫌で、怒りやイライラを爆発させる。
- ・深刻な絶望感、孤独感、自責感、無価値感に襲われる。
- ・これまでの抑うつ的な態度とは打って変わって不自然なほど明るく振る舞う。
- ・性格が急に変わったように見える。
- ・周囲からさしのべられた救いの手を拒絶するような態度に出る。
- ・投げやりな態度が目立つ。
- ・身なりに構わなくなる。
- ・これまでに関心のあったことに対して興味を失う。
- ・仕事の業績が急に落ちる。職場を休みがちになる。
- ・注意が集中できなくなる。
- ・交際が減り、引きこもりがちになる。
- ・激しい口論やけんかをする。
- ・過度に危険な行為に及ぶ。（例：重大な事故につながりかねない行動を短期間に繰り返す。）
- ・極端に食欲がなくなり、体重が減少する。
- ・不眠がちになる。
- ・さまざまな身体的な不調を訴える。
- ・突然の家出、放浪、失踪を認める。
- ・周囲からのサポートを失う。強い絆のあった人から見捨てられる。近親者や知人の死亡を経験する。
- ・多量の飲酒や薬物を乱用する。
- ・大切にしていたものを整理したり、誰かにあげたりする。
- ・死にとらわれる。

¹ 『職場における自殺の予防と対応』 中央労働災害防止協会

- ・自殺をほのめかす。（例：「知っている人がいない所に行きたい」、「夜眠ったら、もう二度と目が覚めなければいい」などと言う。長いこと会っていなかった知人に会いに行く。）
- ・自殺についてはっきりと話す。
- ・遺書を用意する。
- ・自殺の計画を立てる。
- ・自殺の手段を用意する。
- ・自殺する予定の場所を下見に行く。
- ・自傷行為に及ぶ。

このようなサインのひとつひとつを取り上げると、人生のある時期には誰にでも起こり得ると思われるかもしれませんが、このうちいくつ以上を認めればただちに自殺が起きると予測できるというものでもありません。総合的に判断するのが重要です。救いを求める叫びとして真剣にとらえて、専門家による治療が受けられるようにしてください。

精神的な不調について、今では効果的な薬や心理療法が各種開発されています。怖いのは、精神的な不調に陥ったことではなく、それと気づかずに放置し、適切な治療も受けないことなのです。

< 事故傾性について >

直接的・具体的な自殺行為に先立って、「自らの安全や健康を守らない・守れない状態」が出現することがあります。こうした状態を事故傾性といい自殺の危険因子としてとらえられます。

それまでは自主的に節制していた糖尿病患者が、食事療法・運動療法・薬物療法をしなくなってしまう。腎不全の患者が透析をうけなくなる。あるいは真面目な社員が突然失踪してしまう。自殺を意図したわけでも過量服薬や交通事故を何度も繰り返す。こういうときは無意識に自己破壊傾向が高まっている可能性が考えられます。

4 . 具体的な尋ね方と対応

いきなり希死念慮の有無について尋ねるのは、逆に相手の心を閉ざしてしまうかもしれません。現在の気持ちについて共感をもって聴き、「生きていくことが辛いと感じる」かどうか、ゆっくりと尋ねましょう。

その結果、以下のような対応が考えられます。

(1) たとえ相手が否定しても自殺の意志がきわめて強いと感じられたら

場合によっては受診を含む、具体的な支援を設定します。家族への連絡の了解をとること、受診に同意してもらい(できれば同伴するなど) その日時を確定すること、などです。

何よりも、『こうした状況で相談に来てくれた』ことを支持しましょう。

(2) 希死念慮が確かに存在すると感じられたら

できるだけ生きていくための支援をすることを約束します。こうした人々は具体的な支援を必要としています、時にはそれ以上に心理的な支援を必要としています。

極端な場合には、仕事やお金や医療などで、本人の望んだ改善がかなわなかったとしても、そのために一緒に考え行動してくれた人や組織があるというだけで、本来の生きる力を取り戻すこともあります。

(3) 「死にたい」という漠然とした考えがあるとき

ゆっくりとそうした気持ちについて話してもらい、共感しながら、次の面接へとつなげます。「死にたい」気持ちを引き起こす事柄について、どこでどのように検討を進めたらよいのか、一緒に考えます。

(4) 緊急の場合以外で、他の機関などへ紹介するときは、確実につなぎます。

少しでも「死にたい」と考えている人は、新しい場所へ自分だけの力で入っていくエネルギーがあまりないので、少し多めに手助け(いつもより丁寧な紹介)が必要です。

5. 自傷行為を繰り返す人への対応

(1) 自傷行為とは「自殺以外の意図がある」・「非致死性の予測(たぶん死なないうだろう)」・「非致死的手段、方法」という3点で、自殺企図と区別されるものをいいます。自傷行為は、端的に言うと死ぬためではなく生きるために行うものといえます。背景にもっと辛い体験や心理があり、そのことに言わば「ふたをする」ための行為です。

しかしながら、自傷行為はれっきとした自殺関連行動です。なぜならば、「こういう背景を持つことそのものがすでにハイリスクであること」、「目的はなんであれ自分自身を傷つけることは死を引き寄せる行為であること」、「反復することで進行し、エスカレートしてついには致死性のものとなること」さらに「致死性の予測が困難であり、周囲の配慮が届きにくいこと」が考えられるからです。

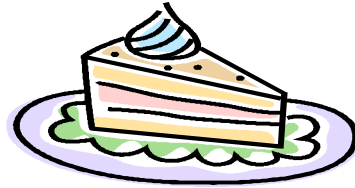
(2) 自傷行為をする人は、その90%が医療機関を受診しない¹とされています。助けを求める力を持たず、また自分を含めて人間を信用しないことがその背景にあるといわれています。

「自傷はいけない」「死んではいけない」と説得するのではなく、背景にある苦しみや不安に対して、支援し介入することが必要です。

¹ 「自傷と自殺」キース・ホートン他著書、松本俊彦監訳

自殺について考えてみましょう

～ 様々な哲学（信念）～



個人が自殺に関してどのような哲学（信念）を持つことも自由です。しかし支援者として自殺ハイリスク者・自殺未遂者・自死遺族と関わる時、己の哲学（信念）のみに基づいた偏った態度を示すことに慎重でなくてはなりません。時にそれは相談者を深く傷つけたり、追いつめたり、誤った方向に導いてしまう危険性をはらんでいます。

- ・自殺は人間の生の尊厳に対する侮辱で、道徳的に非難されるべきだ。
- ・人間の生命を与えたり奪ったりできるのは神だけ。自殺は神に対する冒瀆である。
- ・弱い人、無能な人、己の人生を切り開くことができなかつた人が逃げ込む愚行である。
- ・自殺は他殺と変わらない。
- ・他の選択肢が耐えられない場合には自殺は許される。例えば重症の不治の病で、身体の痛みや苦しみに苛まれ続ける場合などがそうだ。
- ・人間には自由意志に従って自殺する権利がある。
- ・人生から生きるに値する快樂が得られなくなったのなら、自殺するのは自由である。
- ・不名誉よりも死のほうが望ましい、という状況が人生にはあり得る。
- ・個人が望む意味のある死後の世界に入る方法なのだから、自殺には肯定的な意味がある。
- ・既にこの世にはいない大切な・愛する人々（ご先祖様、今は亡き家族、恋人）に再会する方法なのだから、自殺には肯定的な意味がある。
- ・自らの死によって家族・他者を救う（借金問題、生命保険、罪を一身に背負って責任を取るなど）ことは、確かに奨励はされないが、やむを得ない英雄的行為である。
- ・誰にも迷惑をかけないなら、自殺は個人の自由なのだから、敢えて止める理由はない。

支援者として自死遺族に接するときには「自殺に至る要因は様々である・自殺は、耐え難いつらさから心理的に追い込まれた末の死と考えられる」という前提にたって行動することが大切です。

第3部 自死遺族への支援・援助

自死遺族になるということ（遺族が置かれる立場とその心理状況）

1人の自殺が少なくとも周囲の5人から10人の関係者に深刻な影響を与えるとされています。埼玉県の実態調査（平成20年1,637人）にあてはめて推計すると、どれだけ多くの方々が自殺の影響を受けているかお分かりいただけるはずで

1. 実際に自死遺族がおかれる社会状況

(1) 自殺に関連して生じる様々な手続きの負担

最も混乱し打ちのめされた状況の中で、全くわからない様々な手続きをしなければなりません。

(2) 自殺にまつわる偏見

「自殺は忌まわしいこと」「自殺は恥」「異常なこと」

例 亡くした夫の親族から「あなたが自殺に追いやった」「一緒に住んでいてなぜ気づかなかったのか」と責められる。

例 身内に「うちの家系から自殺者を出してしまった」と嘆かれ、絶対に秘密にするよう言われた。

調査によると自死遺族の6割が“周りからの言動に気になるものがあった”と回答しています。

(3) 地域社会からの孤立

「興味本位の噂の的になってしまう」「負担を気遣ってくれたのかもしれないが、気づいたら地域会の役員を降ろされていた」「人目が気になってスーパーで買い物ができず、夜中に人目を避けてコンビニに通う」「子供会の行事には出られない」「多くの友人・知人と目に見えない壁で決定的に隔てられてしまったと思う」

多くの自死遺族が「残された借金」「過労死等での裁判」「健康不安」「親族間のトラブル」「経済的困窮」など保健医療、心理、福祉、経済、法律などに関わる多様な問題を複合的に抱えています。

2. 自死遺族が陥りがちな心理状況

自殺によって家族を失った場合、その他の病気・事故などといった要因で家族と死別した場合と比較して、悲嘆の過程がより長期化し、より複雑になるとされています¹。自死遺族は悲しみ・怒り・罪悪感・孤独など様々な感情を抱

¹ 『自殺予防臨床マニュアル』高橋祥友訳、2008 p.353 より
(Allen et al.1003-1994;BVrent et al.1994)

き、混乱・否認・拒絶・麻痺など様々な心理状態に翻弄されます。以下に示したのは、自死遺族の悲嘆過程の中でしばしば見受けられる心の動きです。

驚愕・愕然 まさかありえない、凍り付いたような感じ

否認 自殺したなんてウソだ、何かの事故だったに違いない

自責の念 あの時気づいていれば、私のせいだ、助けを求められたのに何もしてあげられなかった、周囲から責められる気がする

他罰感情 のせいで自殺した、あれほど頼んでおいたのに何もしてくれなかった

怒り 勝手に死ぬなんて卑怯だ、当てつけのために死んだのか、遣される者のことは考えなかったのか

安心・救済 正直ほっとした、(自殺未遂が続いていた場合)もういつ死ぬのかとビクビクしなくてすむ

不名誉・恥・屈辱 自殺だなんて言えない・言いたくない、うちの家系から自殺者を出してしまった

抑うつ 気分が重く憂うつになる、何も楽しめない、生きる意味がないと感じる、将来に希望がもてなくなる

感情の麻痺 何も感じられない、悲しい気持ちさえおきない

喪失感・孤独感 夕方になっても帰ってくる人が帰ってこない、テーブルの空席を見ると、いないんだと思う

対人関係からの孤立感 こんなこと言えない、言っても気を遣わせるだけ、昔の友達とは大きな壁で隔てられてしまった、心配してもらっても大丈夫と返事をする元気がない、他人には何も言われたくない

生き残ったことへの罪悪感 私だけ生きて楽しい思いをして申し訳ない、私には人生の喜びを得る資格はない

予期不安・恐怖 も同じように死んでしまうのでは、不安で子どもの行動を制限してしまう

フラッシュバック 自殺に関連する特定の場面がありありと目の前に現れる

自信の喪失 自分の能力に自信を失う、特に子どもを自殺で失うと自分の親としての能力に自信を失い、他の子ども達への接し方に迷う

死への予感 私もいつかあの人のように自殺してしまうのかな、自殺という手段への敷居が低くなってしまふ

希死念慮 この苦しみを終わらせるには死ぬしかない、私もあの人(子)のところに行きたい

3．自死遺族が陥りがちな身体的な反応・変化

食欲の変化 食欲がなくなる・食べ過ぎる

睡眠の変化 眠れなくなる・寝付きが悪くなる・夜中や早朝に何度も目が覚める・恐ろしい夢を見る

体力の低下 疲れやすくなる・風邪をひきやすくなる

体重の変化 減少あるいは増加

胃腸の不調 胃痛・下痢・便秘

生活能力の低下 集中力が落ちる。仕事や家事ができなくなる、外出ができなくなる、日常生活の上での様々な能力が低下する

4．記念日反応について

亡くなった方の命日や自殺が発見された日、誕生日、結婚記念日など特定の日（季節、似たような状況）が近づくと、気持ちが落ち込んだり体調が崩れたりするなど、一時的にその方を亡くした直後のような状態になることがあります。このような反応は「記念日反応」あるいは「命日反応」と呼ばれ、大切な人を亡くした方にはよく起こりうる自然な反応です。自死遺族にはそれがごく当たり前の反応であることを伝え、そのことを不安に思ったり、立ち直れない自分を責めたり、無理に気持ちを抑え込んだりしないよう伝えます。

5．遺族に起こりやすい精神障害

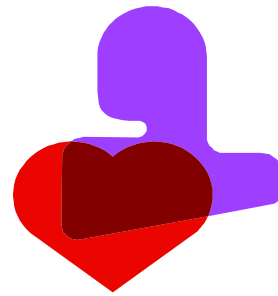
大切な家族を自殺で亡くすと、その悲しみから様々な精神的な不調を生じることがあります。特に「食べられない」、「眠れない」、「体調不良」、「気分の落ち込み」などが長い期間にわたって続いたり、重いうつ状態、PTSD、不安障害、パニック障害、アルコール依存症になるなど、精神科・心療内科医療機関での適切な相談・治療が必要となることもあります。

自死遺族の方の中には「このつらさは病気ではないのだから薬で解決するものではない」、「同じ立場の人でない限り、たとえ医者でも自分の苦しみは理解してもらえない」と思い、病院へ行くことをためらう方もいるかもしれません。

しかし実際にはつらい症状を精神医学の観点から専門医師に診断してもらい、適切な治療を受けることは、ダメージから回復していくための大切なプロセスのひとつです。一時的に心身の不調に陥ってしまうことは、身近な人を自殺で亡くするという“過酷な事態に対する正常な反応の1つ”ですから、ためらうことなく専門医療機関・相談機関の扉をたたいていただきたいと伝えましょう。

自殺について考えてみましょう

～ 自殺を図る人の心理状態～



自殺を図ろうとする時、人はどのような心理状態に陥っているのでしょうか。

絶望的なまでの孤立感

うつ病などの精神障害や解雇・破産・家庭不和などの結果、最近になって孤立感が急激に増した人もいれば、幼い頃から強い孤独感を抱きながら育ってきた人もいます。たとえ家族、知人、同僚など多くの人々の囲まれていても、自分はたったひとりで誰も頼りに出来る人がいないと確信してしまうのです。

無価値感

「私は何の価値もない」「生きていだけで皆に迷惑をかけてしまう」「私などいないほうが皆は幸せだ」といった自己の存在を否定する気持ちを非常に強く持ってしまう。

極度の怒り

自殺願望に圧倒されていると同時に、特定の他者や社会全体に対して、しばしば極度の怒りを抱いています。その怒りが何らかのきっかけで突然自分自身に向けられると、自殺の危機が生じかねません。

現在の窮状が永遠に続くという確信

自分が抱えている問題は、どのように努力しても解決せず、結局は徒労に終わってしまい、問題は永久に続いていくと確信してしまいます。時にはそれは周囲から見ると理解できないような妄想的な確信の場合もあります。

心理的視野狭窄

周囲の人から見れば様々な解決策が考えられるにも拘わらず、本人は“自分の抱えた問題の唯一つ残された解決法は自殺しかない”という視野が狭まった状態に陥っていることがあります。

諦め

上記の心理的視野狭窄状態がしばらく続いた後、独特の諦めの境地に陥ってきます。これまで不安・焦燥感が強かった人も、このときはむしろ落ち着いたように見えるかもしれません。しかしこれは「嵐の前の静けさ」であり、自殺を決意したために表面的に落ち着きを取り戻したためで楽観はできません。引き続き注意することが大切です。

適切な自死遺族支援の方法

自死遺族はたとえ周囲から援助の手をさしのべられても、それに気づかず、あるいはそれを上手に受け取ることが難しく、また援助を期待せずに他者から距離を置いてしまう態度に傾くと言われています。それは自死遺族のもつ自責・恥辱・罪悪感がもたらすものです。自死遺族に関わる支援者には、支援を受け取ることに対する自死遺族の時に消極的・拒絶的・否定的とも思われる反応に出会っても諦めず押しつけずに必要な情報を提供することが求められます。

自死遺族がその痛みから自ら回復していくプロセスを支援するためには、自死遺族の心理や反応の現れ方を理解した上で、遺族自身が“必要”と感じたときに利用できる有用な情報を提供することが大切です。

1. 基本的な（望ましい）姿勢

- (1) 遺族は混乱しているので、問題を整理しながらニーズを明確にする
- (2) 自死遺族の相談を受ける時は（可能な範囲で）安心できる守られた空間を用意し、十分な時間を確保して、話をよく聞いてしっかり受け止められる環境を準備するよう心掛ける
- (3) 遺族のニーズに一致する支援のみを行う
- (4) プライバシーについて配慮し、余計な詮索をしない
- (5) 相談員側の思い入れや判断を交えない態度「私はあなたのことや詳しい状況がわからないため、どうしたらよいかわからないが、私にできることで貴方のお役にたつことがあるでしょうか」
- (6) 遺族にただ寄り添うことで孤立を和らげる（普通の良き隣人であることで十分、スペシャルな癒し手・救い手になる必要はない）

2. 不適切な対応

- (1) 遺族のニーズに一致しない支援を押しつける
- (2) 遺族であるという事実や自死にまつわる情報を無理に聞き出そうとする（侵入的）
- (3) 「こうあるべき」といった相談員自身の価値観・判断に基づいて支援する（たとえ良かれと思ってのことでも）
- (4) 腫れ物に触るように扱う（自死遺族が“自殺は言葉にするのも憚られること”と恥じて、自殺に言及することを避けたり、「あれ」「あのこと」と遠回りに表現したりすることがある。そのような態度に同調するのではなく、必要があれば自殺についてこだわりなく言葉にして取り扱う落ち着いた態度を保つ）
- (5) 安易に励ましや慰めをする

自死遺族が必要としている支援情報

自死遺族の支援へのニーズは多様です。「個人の状況」によって、「時間経過」によって変化すると考えましょう。

専門機関につなぐ際の留意点

最初の窓口対応で重要なのは細かい知識ではなく、確実に次の専門の相談機関・窓口につなぐことです。自死遺族は混乱し、他のさまざまな問題に手一杯であったり、うつ状態にいたりすることもまれではなく、ただ情報を伝えただけでは次の窓口にとどり着けない可能性もあります。

1．緊急性の高い場合（すぐに丁寧につなぐ）

- (1) 紹介先に電話を入れ相談者の抱えている問題の概要を説明し対応可能であるか確認する。
- (2) 先方が対応できる日時・窓口名・担当者名を確認し必要であれば予約を取る。
- (3) 相談機関名、電話番号、アクセス方法、相談対応日時、窓口名、担当者名等を相談者に確実に伝える。（口頭で伝えるだけでなく、紹介先のリーフレットかメモを渡すことが望ましい）
- (4) 紹介先機関に相談した結果について、事後に報告してくれるよう相談者をお願いする。（その紹介先で問題が解決しなかった場合は次の手を一緒に考えると約束する）

2．緊急性の低い場合

いずれ必要になったときのために、「こういう場合には緊急に相談する必要がある」など要点をメモして渡す。

1. ご家族が亡くなった後に行う手続きチェックリスト

	種類	届け先	期限	該当	完了
手続き	死亡届	市町村役場・区役所	7日以内		
	生命保険	生命保険会社	3年以内		
	入院保険金	保険会社			
	簡易保険	郵便局			
	医療費控除の還付請求	税務署			
	国民健康保険資格喪失届	市町村役場・区役所	14日以内		
	年金受給停止手続き	市町村役場・区役所又は社会保険事務所	10日以内		
	介護保険の資格喪失届	市町村役場・区役所	14日以内		
	埋葬料（国民健康保険加入）	市町村役場・区役所	2年以内		
	埋葬料（社会保険加入）	社会保険事務所等	2年以内		
	遺族年金等（国民年金加入）	市町村役場・区役所	5年以内		
	遺族年金等（厚生年金等加入）	社会保険事務所等	5年以内		
	高額療養費の手続き（国民健康保険加入）	市町村役場・区役所			
	高額医療費の手続き（社会保険加入）	社会保険事務所等			
	医療費控除の手続き	税務署	4ヶ月以内		
	相続税の申告	税務署			
	所得税の準確定申告	税務署	4ヶ月以内		
名義変更手続き届	世帯主の変更	市町村役場・区役所	14日以内		
	賃貸住宅・借地権・借家権	家主			
	家屋の火災保険（名義変更）	損保会社			
	自動車保険（自賠責・任意保険）	損保会社			
	公共料金	電気・ガス・水道会社			
	口座自動引落	個々の会社			
	電話加入権	電話会社			
	保証金	保証金の預け先			
	各種免許・届け出	管轄官庁			
	株券・債権（遺産相続後）	証券会社・発行人			
	不動産の名義変更（遺産相続後）	法務局			
	預貯金の口座（遺産相続後）	金融機関			
	ゴルフ会員権（遺産相続後）	所属ゴルフ場			
	自動車（遺産相続後）	陸運局事務所			
	自動車納税義務者	陸運局事務所			
NHK受信料契約者（名義変更）	NHK				
やめる手続き	クレジットカード	カード会社			
	携帯電話	各電話会社			
	運転免許所の返却	警察署			
	キャッシュカード	各金融機関			
	リース・レンタル契約	各会社			
	パスポートの返却	埼玉県パスポートセンター			
	パソコンのプロバイダー解約	事業会社の各営業所			
	各種会員	各関係機関			
裁判手続き	遺言書の検認・開封	弁護士・司法書士			
	相続放棄などの申し立て	弁護士・司法書士			
	分割協議の調停・審判、裁判外協議	弁護士			
	慰留分減殺請求	弁護士			
登記関係	不動産相続（名義変更）登記	司法書士			
	所有権保存登記	司法書士			
	建物表示（滅失）登記	土地家屋調査士			
	土地分割登記	土地家屋調査士			
	法人役員変更登記	司法書士			
	不要不動産の売却処分	宅建業者			

2. 精神保健に関する相談機関

県内の医療機関を知りたい、病院に行くべきか迷っている、本人が受診しないので家族としてどう対応したらよいか困っているなどのご相談をお受けしています。また自殺で大切なご家族を亡くされた遺族の方の様々なお悩みについてもご相談をお受けしています。主に面接相談となりますので、まずお電話でご予約ください。ご相談は無料です。

埼玉県立精神保健福祉センター（さいたま市以外の県域にお住まいの方）

電話番号：048-723-1111 月～金 9:00～17:00

まずは交換手に対応しますので、精神保健福祉センターでのご相談をご希望とお伝えください。面接相談の予約係にお電話がつながります。

さいたま市こころの健康センター（さいたま市にお住まいの方）

電話番号：048-851-5665 月～金 9:00～17:00

3. 自死遺族分かちあいの会 あんだんて

自死でご家族を亡くされた遺族の方が集まって、様々な思いを分かちあう会です。詳しくは、あんだんてのホームページをご参照ください。

HP；<http://www.lifelink.or.jp/pal/andante/>

対象；ご家族を自死により亡くされた方で自ら参加を希望される方

医療やカウンセリング等を受けている方は主治医等とご相談の上ご参加ください

日時；奇数月 主に第3土曜日または日曜日 14:00～17:00

場所；埼玉県越谷市内（交通：東武伊勢崎線沿線）

参加費；300円（茶菓代）

大まかな内容；全体で流れの説明をした後、参加人数に応じて小グループで話し合います。休憩を設けながらグループ内で自由に懇談をします

申し込み；参加を希望の際は下記窓口まで電話によりご予約ください

[埼玉県立精神保健福祉センター 相談担当](#)

電話番号：048-723-1111 月～金 9:00～17:00

まずは交換手に対応しますので「相談担当へ」とお申し付けください

（または、平日 17:00～21:00 090-4626-9082 まで）

4. 埼玉県以外の自死遺族分かちあいの会の情報

特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク「自死遺族のつどい」
全国マップ HP；<http://www.lifelink.or.jp/hp/tsudoi.html>

あとがきにかえて

「自殺対策の手引き」がようやくできあがりしました。
すでに自殺対策に取り組んでいらっしゃる方々や、これから何かやろうとお考えの方々のご参考になればうれしく思います。

当センターが本格的に自殺対策に取り組みを始めてから 2 年あまりになります。当初何をしたらよいのかわからずに、とりあえずできることから始めて、県内各地のさまざまな機関の方々と、協力しながら少しずつすすんでまいりました。

平成 21 年度になって、所内でも多くの担当と協働しながら、「何かセンターとして共通の考え方を表すモノが欲しいね」ということになりました。そこで登場したのが「まあ、いっか」(下図参照)です。心の健康のために、「まあいっか」と思うゆとりを持つ、とのアピールのためのキャラクターとして登場しました。

今後さらに、総合的な自殺対策への、当センターからの参画をあらわすシンボルとして、活躍? していく予定ですので、どうぞよろしく願いいたします。

まあ、いっか



Copyright T-KONI

平成21年9月

埼玉県立精神保健福祉センター

〒362-0806

埼玉県北足立郡伊奈町小室818-2

TEL 048-723-1111

FAX 048-723-1561

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A03/BE02/top.htm>