

あなたもゲートキーパー

～相談員のための自殺対策読本～



いつも
そばに
いるよ

平成23年3月

特定非営利活動法人
いわて生活者サポートセンター

目 次

I	自殺対策について	2
1	自殺対策とは	2
2	みんながゲートキーパー	2
3	消費生活相談員にとっての自殺対策	3
4	消費生活相談員にとっての自殺対策の道具	3
5	スクリーニングツール	4
6	ツール利用の手引き	6
II	自殺に関する基礎知識	11
1	自殺者と自殺率	11
2	世界各国の自殺率の状況	13
3	岩手県における自殺者と自殺率（男女比較）	14
4	自殺に関する基礎概念	15
5	どういう状況で自殺は起きているか	18
6	自殺の危険要因（「自殺実態白書」より）	20
7	人はなぜ自殺するか	21
8	国の施策体系	22
9	自殺対策の体系	23
III	自殺に傾いた人を支えるために	24
1	自殺行動に関する俗説	24
2	自殺に傾いた人への対応の基本	25
3	対応の手順	25
4	いのちの電話（自殺の相談電話）の相談員が心がけている事項	26
5	自殺のサイン	27

I 自殺対策について

1 自殺対策とは

自殺対策とは、文字通り、自殺防止を含めた、自殺に伴う問題を緩和・改善すべく対策を採ることである。

一般の方にとっては、自殺というのは大変に重い問題だから、その対策には素人がとても手が出せないものだと思いがちなものなづける。

確かに、自殺には多くの場合、精神疾患が伴うから、その精神疾患の状況を改善させようと思ったら、精神科医でなければ出来ないこととってよいのであろう。さらには、素人が自分の信念で、精神疾患を患っている方にアドバイスを与えることは、例えば、うつ病を患っている人に対して、「がんばれ、気の持ちようで何とでもなる」などといった医学的には誤りと評価されることをやってしまう恐れもある。

しかし、自殺対策は、医学の方法に限られるものではない。自殺を考えている方々は、自殺したいほど困難な問題を抱え悩んでいるのである。困難は、精神疾患に限ったものではない。家族の問題、仕事の問題、借金の問題、そういったいろいろな人生の上で起きうることにかかわるものである。

家族の問題であれば、人生経験豊富な隣人でも十分解決につながるアドバイスが出来るであろう。仕事の問題であれば、ハローワークなどの相談機関の相談員が、借金問題であれば、消費生活の相談員が最も効果的なアドバイスをすることが出来るであろう。

つまり、精神科医でなくても自殺対策はできるのである。

言い方を変えれば、自殺対策とは身近な人、自分がかかわる人に対する「生きる支援」なのである。

2 みんながゲートキーパー

ゲートキーパーとはあまりなじみが無い言葉かもしれない。簡単に言うと、自殺という一定の方向に向かっている人が歩んでいる途に立ちふさがって、自殺の方向に行かないように見守る門番のような役割をする人のことを言う。

現代、まさにわれわれが生活している時代は、極端に言うと、国民みんながゲートキーパーになることが必要な時代という。

なぜなら、自殺者が13年連続3万人を超えている状況は、すでに皆さんがご存知のとおりだが、自殺者の背後には、その10倍の未遂者がいることもまた、事実である。ところが、日本の自殺の問題はこのような数字にとどまらない。

すなわち、現代の日本で「変死体」として処理されている遺体の数をお聞きになったことはあるだろうか？驚くことに、年間15万體ほどに及ぶのである。このうちには相当数の自殺者が死因を特定されないままに含まれていることが想定される。

つまり、日本の自殺者は3万人どころではないのが現実なのである。こんなに生きにくい社会をみんなの力で少しでも生き心地のよい社会にしていこうではありませんか。

3 消費生活相談員にとっての自殺対策

岩手県内で、いわゆる消費生活の相談窓口は何らかの形で接触を持っておられる方は、優に1万人を超えていると思われる。

これらの方々は、多重債務、契約問題、生活苦その他自分では処理しきれないような経済・生活問題を抱えて相談に来ている。こういう方々は、実は自殺の危険性が高い方々なのである（一般的にハイリスクな集団といえます）。

確かに、消費生活相談の窓口に来られる方の自殺率（10万人あたりの自殺者数）を統計的に調べたものはない。しかし、消費者信用生活協同組合の相談者をもとに相談員から聞き取りした数字では、一般の方々の自殺率（岩手県内の数字）の1.5倍から3倍程度の自殺率となった（全国の自殺率と比較すると2倍から5倍）。

こういう相談者に対応している相談員が自殺に関する知識、自殺対策の手段を持たずに相談の現場に臨むことは危険をはらむことといえるかもしれない。

なぜなら、相談員にとって、相談者に自殺されることはもっとも大きなトラウマとなりうることで、相談員自身が自死遺族に一般的に見られる悲嘆反応に苦しめられ、相談の現場に復帰できないことさえも想定されるからである。

であるから、自らの身を守るためにも消費生活相談員は、率先して自殺対策に取り組むべきである。そうすれば、保健機関などよりももっと効果のある自殺対策の実戦部隊となりうるのである。

4 消費生活相談員にとっての自殺対策の道具

消費生活相談員が自殺対策に当たるとしても、自らの経験のみに頼り、素手で現場に臨むのは危険が大きすぎる。

そこで相談の現場でも使える道具を開発した。それが、「経済的事由での自殺防止を目指したスクリーニングツール」である。

この冊子は、ツールの使い方について説明し、あわせて自殺に関する基礎知識を身につけていただくことを目的としたものである。

5 スクリーニングツール

ここにツールの実物をお示しします。

お困りごとで 体調を崩しておられませんか？ 心身のストレスチェックをしましょう!!

この質問項目は、相談にこられた方の心身の状態を把握するものです。

御協力いただける方は、本用紙に記入をお願いします。

記入いただいたデータは、本用紙を開発したNPO法人いわて生活者サポートセンターに提供され、個人が特定されないかたちで、統計等の分析に使わせていただく場合があります。

氏名		年齢	性別	仕事
		歳	1. 男 2. 女	1. 有り 2. 無し

【1】はじめに以下の5つの質問にお答えください

- | | | |
|---|-------|--------|
| 1 最近、仕事を失いましたか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 2 最近、経済的に破綻しましたか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 3 現在抱えている経済的な問題は、自分の手には負えないくらい大きなものですか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 4 その問題について、絶望感、恐怖感を感じていますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 5 経済的な悩み事に関し、相談できる相手はいますか。 | 1. はい | 2. いいえ |

【2】次に以下の6つの質問にお答えください (ここ30日以内について)

番号	質問項目	0 全くない	1 少しだけ	2 ときどき	3 たいてい	4 (点) いつも
1	神経過敏に感じましたか。	-----				
2	絶望的だと感じましたか。	-----				
3	そわそわ、落ち着きなく感じましたか。	-----				
4	気分が沈みこんで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか。	-----				
5	何をやるにも骨折れだと感じましたか。	-----				
6	自分は価値のない人間だと感じましたか。	-----				
合計						点

【3】最後に以下の9つの質問にお答えください。

- 1 今も苦痛と感じるほどのいじめや、暴力などの体験が過去にありますか。
1. はい 2. いいえ

- 2 最近、親しい人や大切な人を失いましたか。 1. はい 2. いいえ

- 3 ご親族に、何らかの事情で自殺された方はいらっしゃいますか。
1. はい 2. いいえ

- 4 精神的な面で治療を受けていますか。 1. はい 2. いいえ

- 5 慢性的な疾患があり悩んでいますか。 1. はい 2. いいえ

- 6 現在抱えている悩みで、眠れない状態が2週間ぐらい続いていますか。
1. はい 2. いいえ

- 7 過去に自分を傷つけたり、自殺を図ったことがありますか。
1. はい 2. いいえ

- 8 死んでしまいたいという考えが持続していますか。
1. はい 2. いいえ

- 9 自殺をする具体的な計画がありますか。 1. はい 2. いいえ

その他不安に感じていることがあれば、
なんでも自由にお書きください



御記入ありがとうございました。気になることがおありになれば、いつでもお気軽に相談してください。

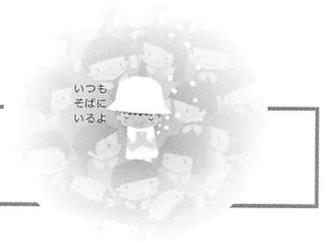
6 ツール利用の手引き

(1) 実際の使い方

- 相談者が来所した際、消費生活の相談内容を聞いた後に「ツール」を渡し、趣旨を説明してください。（「自殺が多い現状を受け、相談者が最悪の事態に遭わないよう、念のために書いてもらうものです。」「体調面やご家族などの問題から来るストレスも重なり、自分を責めたり傷つけてしまう方もいらっしゃる、心配ですので、念のために教えてください。」など）
- 記入は、問題を抱えている本人に記入してもらってください。なお、相談者が本人以外の家族である場合は記入の必要はありません。相談に来る前の気分、状況を記入していただけるのであれば、記入する時期は、相談の冒頭、（債務額の計算等）相談員が作業をしている合間、あるいは、相談が一定程度進んでからでもかまいません。
- 相談者が記入を拒む場合は、無理強いしないでください。
- 次の表の判断基準により、「関係機関での相談、受診が必要」と判定された場合は、本人の意向を確認した上で、速やかに保健の窓口（又は医療機関）に相談（受診）するよう手配（必要に応じ勧奨、連絡、同行等）をお願いします。
- 記入していただいた用紙については、名前を消し、名前の欄に所属と担当者コードと相談者の通し番号（これまで特に設けていない場合は、今回新たに設けてください。例えば、久慈振興局の場合 久-1-001など）を記入し、A4に縮小コピーをしたうえ、サポートセンターにファックスあるいはメールで、適宜、提出してください（FAX番号：019-653-0570、019-653-6699、メールアドレスfujisawa@iwate-cfc.or.jp集約担当事務局長）。

(2) 質問項目の意味及び判断基準に関する表

項目	意 味	判 断 基 準
【1】	経済的な問題への一般的な不安の度合い及び自殺の危険度を探ります。	
1、2	厚生労働省の資料等にも見られる、経済的に重要な自殺の危険因子の有無に付いて聞くものです。	A 【2】で10点以上、かつこの項目で1つ以上該当する場合。 B この項目で2項目以上該当する場合。 C 相談員の判断として、相談者が本当のことを記入していない状況がうかがわれ、しかも目がうつろなど気がかりな状況が客観的に認められる場合。
3	経済的な問題についての重大性に付いて、主観的な判断を求めるものです。	
4	経済的な問題に対し、周囲に対する罪の意識を有しているか、督促などの相手方に恐怖感を有しているかを聞き、問題の切迫度を探ります。	
5	相談する相手の有無から、孤立の度合いを探ります。	



項目	意 味	判 断 基 準
【2】	本人の精神的健康度を探ります。	
	この質問項目は、カナダ、アメリカの精神医学界で用いられているK6という診断ツールの日本語訳です。	点数が高いほど気分・不安障害の可能性が高い。また、合計が10点以上であれば、50%の確率で気分・不安障害が認められるとも言われている。
【3】	厚生労働省から出されている「自殺に傾いた人を支えるために」等を参考に、自殺の危険因子に焦点を当てた質問項目です。	
1	危険因子の一つであるいじめなどの有無に付いての質問項目です。	<p>A 【2】で10点以上、かつこの項目で1つ以上該当する場合。</p> <p>B この項目で2項目以上該当する場合。</p> <p>C 8又は9に該当する場合。</p> <p>D 相談員の判断として、相談者が本当のことを記入していない状況がうかがわれ、しかも目がうつろなど気がかりな状況が客観的に認められる場合。</p>
2	危険因子である喪失体験の有無に付いての項目です。	
3	親族に自死者がいる場合には、自殺率が高いという調査結果を踏まえ、自殺の危険性を探ります。	
4、5	通院歴、雇病歴から自殺の危険性を探ります。人工透析、HIVなどは、危険性が高まります。	
6	不眠の継続性から、危険因子の有無を探ります。	
7	自傷の事実、自殺企図から直接的な自殺の危険性を探ります。	
8	希死念慮の継続性から自殺の切迫性切迫性を探ります。	
9	手段の準備性から、自殺の切迫性を探ります。	

判断基準にあげられている場合に該当するときは、専門機関、精神科等の受診につなげるように誘導する。

ISIES 2009

I 自殺対策について

(3) 専門機関等につなげるにあたって

○パターンA：【1】で2項目に該当するのみの場合

⇒消費生活の相談（生活アプローチ）で対処し、抱えている問題の解決を図るよう助力する。

○パターンB（a）：【2】で10点以上だが、【3】で6，8，9には該当しない場合（不眠、希死念慮、具体的な自殺計画がない場合）あるいは6に該当してもすでに通院等している場合

⇒精神保健福祉センター、各保健所等の医療・保健に関する情報提供をし、こころの相談などを利用するよう勧奨し、各機関へのアプローチの確保（予約など）の面で助力する。

○パターンB（b）：【3】で、6，8，9に該当する場合

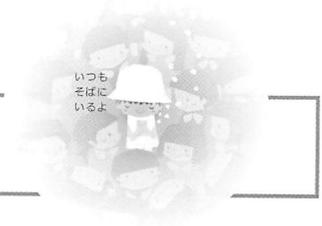
⇒医療資源への誘導、あるいは保健所等の保健師に緊急対応してもらうよう助力する。

【県内保健所等】

	保健所等名	連絡先
1	県央保健所（盛岡広域）	019-629-6574
2	中部保健所（花巻周辺）	0198-22-2331
3	奥州保健所（奥州周辺）	0197-22-2861
4	一関保健所	0191-26-1415
5	大船渡保健所	0192-27-9913
6	釜石保健所	0193-25-2702
7	宮古保健所	0193-64-2218
8	久慈保健所	0194-53-4987
9	二戸保健所	0195-23-9206
10	盛岡市保健所	019-603-8309

【県内精神科病院一覧】

圏域	病院名	所在地	電話番号	ファックス番号
盛岡	1 岩手医科大学付属病院	盛岡市内丸19-1	019-651-5111	019-651-6606
	2 盛岡市立病院	盛岡市本宮字小屋敷15-1	019-635-0101	019-631-2102
	3 盛岡観山荘病院	盛岡市高松4-20-40	019-661-2685	019-662-8955
	4 岩手保養院	盛岡市加賀野3-14-1	019-624-3251	019-623-6711
	5 岩手晴和病院	盛岡市手代森9-70-1	019-696-2055	019-696-4185
	6 都南病院	盛岡市東見前6-40-1	019-638-7311	019-638-7313
	7 平和台病院	紫波町犬淵字南谷地108-3	019-672-2266	019-672-2544
	8 玉山岡本病院	盛岡市玉山区下田字石羽根99-291	019-683-2121	019-683-2123



圏域		病 院 名	所 在 地	電話番号	ファックス番号
岩手 中部	1	独立行政法人国立病院 機構花巻病院	花巻市諏訪500	0198-24-0511	0198-24-1721
	2	本館病院	花巻市東宮目13-112	0198-23-5131	0198-22-5623
	3	花北病院	北上市村崎野16-89-1	0197-66-2311	0197-66-2312
	4	六角牛病院	遠野市青笹町中沢5-5-1	0198-62-2026	0198-62-2027
胆江	1	奥州市総合水沢病院	奥州市水沢区大手町3-1	0197-25-3833	0197-25-3832
	2	胆江病院	奥州市水沢区佐倉河字慶徳27-1	0197-24-4148	0197-22-5441
両盤	1	県立南光病院	一関市狐禅寺字大平17番地	0191-23-3655	0191-23-9690
気仙	1	県立大船渡病院	大船渡市大船渡町字山馬越10-1	0192-26-1111	0192-27-9285
	2	希望が丘病院	陸前高田市高田町字大隅8-6	0192-53-1019	0192-55-6360
釜石	1	釜石厚生病院	釜石市野田町1-16-32	0193-23-5105	0193-23-5106
宮古	1	宮古山口病院	宮古市山口5-3-20	0193-62-3945	0193-63-7545
	2	三陸病院	宮古市板屋1-6-36	0193-62-7021	0193-64-2451
久慈	1	久慈享和病院	久慈市門前1-151-1	0194-53-2323	0194-53-9085
二戸	1	県立一戸病院	一戸町一戸字砂森60-1	0195-33-3101	0195-32-2171

【県内精神科診療所】

	病 院 名	所 在 地	電話番号	ファックス番号
1	県立中央病院	盛岡市上田1-4-1	019-653-1151	019-653-2528
2	盛岡赤十字病院	盛岡市三本柳6-1-1	019-637-3111	なし
3	県立胆沢病院	奥州市水沢区字龍ヶ馬場61	0197-24-4121	0197-24-8194
4	県立江刺病院	奥州市江刺区字西大通5-23	0197-35-2181	0197-35-0530
5	県立宮古病院	宮古市崎鍬ヶ崎1-11-26	0193-62-4011	0193-63-6941
6	県立軽米病院	軽米町大字軽米2-54-5	0195-46-2411	0195-46-3681
7	齋藤神経科内科クリニック	盛岡市中央通1-12-4盛岡コーポラスビル3階	019-653-5068	なし
8	岩本クリニック	盛岡市盛岡駅前通3-63第2甚ビル2階	019-625-3134	なし
9	加茂谷心療内科	盛岡市神明町7-32	019-623-3523	なし
10	鈴木内科神経内科医院	盛岡市黒石野2-9-58	019-661-2505	019-661-4937
11	なるみ脳神経クリニック	盛岡市盛岡駅前通13-8	019-626-4141	なし
12	もりおかこども病院	盛岡市上田字松屋敷11-14	019-662-5656	なし
13	県立二戸病院	二戸市堀野字大川原毛38-2	0195-23-2191	0195-23-2834

I 自殺対策について

	病 院 名	所 在 地	電話番号	ファックス番号
14	医療法人なるいクリニック	北上市柳原町1-1-41	0197-64-1022	0197-64-1042
15	木村医院	奥州市水沢区堀ノ内30	0197-24-3611	
16	すずきひろこ心理療法研究室	盛岡市菜園2-7-30スガトウビル4F	019-621-8071	019-621-8072
17	智田医院（心療内科）	盛岡市名須川町20-15	019-626-6060	019-626-6060
18	中央通ストレスクリニック	盛岡市中央通2-10-20	019-604-4371	なし
19	秋保クリニック	一関市南新町55	0191-32-5105	なし
20	県立久慈病院	久慈市旭町10-1	0194-53-6131	0194-52-2601
21	ちば診療内科クリニック	花巻市諏訪2-1-16	0198-22-1322	0198-22-1355
22	北上駅前さいとう心療 内科医院	北上市大通1-3-1おでんせプラザぐろーぶ4F	0197-61-4820	
23	ふじメンタルクリニック	盛岡市上田1-3-10-201	019-606-3900	
24	たかはしメンタルクリニック	宮古市保久田8-11	0193-71-2005	0193-62-2015
25	もりおか心のクリニック	盛岡市本宮字宮沢55-5	019-613-6677	019-635-7739
26	むらかみクリニック	一関市銅谷町3-10	0191-31-2888	
27	さくらクリニック	奥州市水沢区横町74	0197-51-7600	0197-51-6433
28	かなもり神経科内科クリニック	滝沢村滝沢字高屋敷平11-39	019-684-2777	019-684-2778
29	原田内科脳神経機能 クリニック	盛岡市山岸3-2-1山岸中央ビル1F	019-662-7533	019-664-9660
30	岩手県立療育センター	盛岡市手代森6-10-6	019-624-5141	019-624-5144
31	県立中部病院	北上市村崎野第17地割10番地	0197-71-1511	0197-71-1414

Ⅱ 自殺に関する基礎知識



1 自殺者と自殺率

(1) 自殺者と自殺率の年次経過

年	自殺者数	自殺率	自殺率上位3県		
S40	14,444	14.7	岩手 (20.0)	新潟 (19.4)	香川 (19.4)
S41	15,050	15.2	島根 (21.2)	高知 (20.2)	新潟 (19.2)
S42	14,121	14.2	高知 (20.1)	島根 (19.4)	岩手 (18.6)
S43	14,601	14.5	岩手 (20.6)	島根 (20.3)	高知 (20.1)
S44	14,844	14.5	鳥取 (22.1)	新潟 (20.6)	徳島 (19.3)
S45	15,728	15.3	新潟 (21.7)	宮崎 (20.9)	富山 (20.7)
S46	16,239	15.6	徳島 (22.4)	島根 (21.9)	岩手 (21.7)
S47	18,015	17.0	島根 (29.1)	新潟 (23.8)	秋田 (23.6)
S48	18,859	17.4	島根 (27.7)	岩手 (24.9)	新潟 (24.5)
S49	19,105	17.5	島根 (25.4)	秋田 (24.3)	新潟 (23.0)
S50	19,975	18.0	島根 (25.6)	岩手 (24.9)	秋田 (24.1)
S51	19,786	17.6	新潟 (25.4)	島根 (24.7)	秋田 (24.3)
S52	20,269	17.9	秋田 (26.5)	岩手 (24.7)	島根 (24.3)
S53	20,199	17.6	新潟 (27.1)	秋田 (25.3)	岩手 (24.9)
S54	20,823	18.0	島根 (26.2)	新潟 (25.7)	秋田 (25.2)
S55	20,542	17.7	島根 (26.9)	岩手 (25.9)	宮崎 (24.0)
S56	20,096	17.1	秋田 (24.9)	岩手 (24.7)	島根 (24.5)
S57	20,668	17.5	島根 (27.5)	新潟 (25.3)	秋田 (24.9)
S58	24,085	21.0	秋田 (34.2)	島根 (34.2)	岩手 (32.1)
S59	24,344	20.4	岩手 (31.3)	秋田 (29.3)	新潟 (27.9)
S60	23,383	19.4	秋田 (33.1)	新潟 (29.5)	島根 (26.6)
S61	25,667	21.2	岩手 (34.4)	秋田 (32.6)	島根 (30.6)
S62	23,831	19.6	秋田 (33.1)	高知 (27.5)	鹿児島 (27.4)
S63	22,795	18.7	秋田 (30.6)	新潟 (29.5)	岩手 (28.4)
H1	21,125	17.3	秋田 (29.3)	新潟 (27.3)	岩手 (27.0)
H2	20,088	16.4	秋田 (27.6)	岩手 (25.4)	島根 (23.4)
H3	19,875	16.1	秋田 (26.1)	岩手 (24.8)	島根 (24.2)
H4	20,893	16.9	秋田 (27.8)	新潟 (27.3)	島根 (26.4)
H5	20,516	16.6	新潟 (26.6)	秋田 (25.7)	岩手 (23.8)
H6	20,923	16.9	新潟 (25.9)	秋田 (25.5)	岩手 (24.4)
H7	21,420	17.2	秋田 (31.8)	宮崎 (25.4)	島根 (25.0)
H8	22,138	17.8	秋田 (30.4)	岩手 (26.1)	島根 (26.1)
H9	23,494	18.8	秋田 (30.8)	島根 (27.0)	新潟 (26.9)

II 自殺に関する基礎知識

年	自殺者数	自殺率	自殺率上位3県		
H10	31,755	25.4	秋田 (37.6)	岩手 (35.4)	新潟 (34.6)
H11	31,413	25.0	秋田 (40.7)	岩手 (34.4)	新潟 (33.7)
H12	30,251	24.1	秋田 (38.5)	新潟 (32.9)	宮崎 (32.6)
H13	29,375	23.3	秋田 (37.1)	新潟 (34.2)	岩手 (33.9)
H14	29,949	23.8	秋田 (42.1)	青森 (36.7)	岩手 (35.6)
H15	32,109	25.5	秋田 (44.6)	青森 (39.5)	岩手 (37.8)
H16	30,247	24.0	秋田 (39.1)	青森 (38.3)	岩手 (34.6)
H17	30,553	24.2	秋田 (39.1)	青森 (36.8)	岩手 (34.1)
H18	29,921	23.7	秋田 (42.7)	岩手 (34.1)	山形 (31.7)
H19	30,827	24.4	秋田 (37.6)	宮崎 (34.6)	青森 (33.4)
H20	30,197	24.0	秋田 (37.1)	青森 (34.1)	岩手 (33.7)

(2) 自殺者は過小評価されている

この数年間は、年間の変死体数が、15万程度確認されている（警察統計、下表参照）。このうち犯罪との関係が窺われるものは、平均して1割程度とのことである。

では、変死体のうちどのくらいが自殺と関わりがある（自殺による）ものなのであろうか。

WHOの推計によると、変死体のうち約半数は自殺によるものであるという。

となると、日本の自殺者数は、10万人ということになる。13年連続自殺者3万人を超えるということばかりが一人歩きしているが、われわれの社会の抱える深層にもっと目を向ける必要があるのではないだろうか。

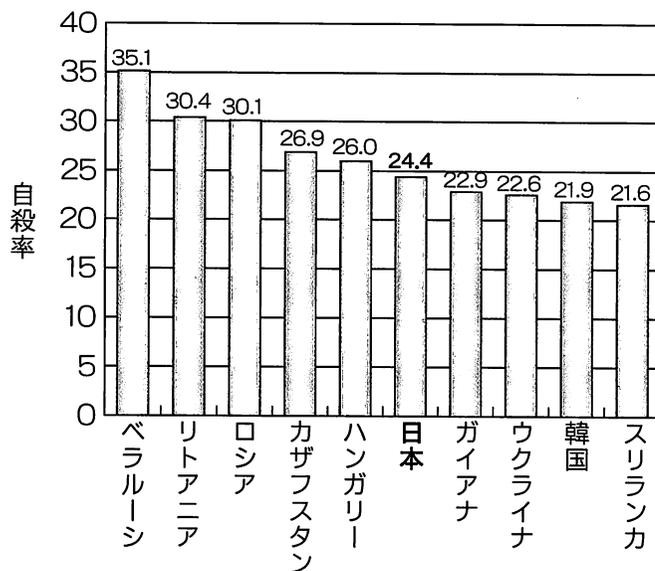
実際のところ、変死体の数は増加傾向にあるし、10万人あたりの変死体数も増加している。これだけの状況があまり注目されないというのは、問題ではなかろうか。

年	変死体数	10万人あたりの変死体数
昭和44年	45,278	44.2
平成20年	161,838	126.7
平成21年	171,025	134.2

警察統計をもとに一部人口動態統計をもとに計算



2 世界各国の自殺率の状況



上位国名	自殺率	主要国国名	自殺率
ベラルーシ	35.1	ベルギー	18.2
リトアニア	30.4	スイス	17.5
ロシア	30.1	フランス	17.0
カザフスタン	26.9	中国	13.9
ハンガリー	26.0	ニュージーランド	12.4
日本	24.4	デンマーク	11.9
ガイアナ	22.9	ドイツ	11.9
ウクライナ	22.6	アメリカ	10.9
韓国	21.9	イギリス	6.4
スリランカ	21.6		

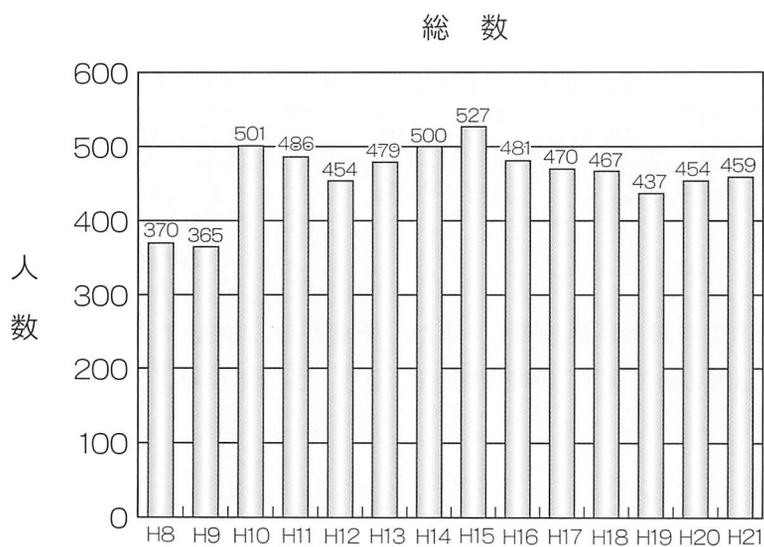
(WHO資料)

先進7カ国の中では、日本の自殺率が最も高く、また、15歳から34歳までの死因において、自殺がトップなのはこの国の中で日本のみである（厚生労働省 自殺・うつ対策等プロジェクトチームとりまとめから）。

Ⅱ 自殺に関する基礎知識

3 岩手県における自殺者と自殺率（男女比較）

年	厚生労働省人口動態統計（岩手県）						
	自殺者数				自殺率		
	総数	前年比較	男	女	総数	男	女
H8	370		243	127	26.1	35.6	17.3
H9	365	△5	248	117	25.8	36.4	15.9
H10	501	136	353	148	35.4	51.8	20.1
H11	486	△15	339	147	34.4	49.9	20.0
H12	454	△32	317	137	32.1	46.6	18.7
H13	479	25	331	148	34.0	48.8	20.2
H14	500	21	364	136	35.6	54.0	18.7
H15	527	27	395	132	37.8	59.0	18.2
H16	481	△46	352	129	34.6	52.8	17.8
H17	470	△11	340	130	34.1	51.4	18.1
H18	467	△3	328	139	34.1	50.0	19.5
H19	437	△30	316	121	32.2	48.6	17.1
H20	454	17	314	140	33.7	48.8	19.9
H21	459	5	326	133	34.4	51.1	19.1





4 自殺に関する基礎概念

(1) 自殺とは

- ある程度成熟した人格を持つ人間が自らの意志に基づいて死を求め、自己の生命を絶つ目的を持った行動をとること（精神科医 加藤正明）。

⇒自らの意志と結果予測性がポイント

- 当の受難者自身によってなされた積極的あるいは消極的行為から直接的あるいは間接的に生ずる一切の死（社会学者 デュルケム）

自らの行為により自らの生命を危険に陥れた人が、清明な意志を持っているとは必ずしもいえないことから（「解離」の項目参照）、厳格な定義は現場の感覚と解離してしまう恐れがある。

そこで、追い詰められた状況から自らの命を自ら危険ならしめる行為は、広く自殺行為と捕らえ、そのような状況に陥らないよう対策をとることこそが重要になってくる。

(2) 自殺と自死

「自殺」と「自死」という言葉には意味の違いがあるか。実際のところ厳格な違いは存在しないように思われるが、自殺予防に取り組んでいる人の間では、「自殺」よりも「自死」が使われることが多く、その意味するところは、本人は生きたかったのだけれど、病魔に冒されたなどの理由で、やむを得ず、死なざるを得なかった死ということを含意しているように思われる。他方、「自殺」は、自分の意思で命を絶つという意味で使われることが多いように思われる。

(3) 自死と精神障害

19世紀ごろの欧米では、一部に自死が精神障害によるものであるとの見解があったが、それを否定する見解が出されたりと、必ずしも、自死と精神障害との関係は十分に検証されてこなかった。

しかし、20世紀になって、心理学的剖検（死者の生前にまでさかのぼって、自死の実態をより明らかにする方法）が行われるようになると、自死と精神障害には強い相関関係があることが実証されるようになった。

まず、欧米の研究（1957年、ロビンス）によると、自殺者のうち、94%が何らかの精神障害を有していたという報告がある。内訳としては、うつ病（47%）、アルコール依存症（25%）、脳器質性障害（4%）、精神分裂症（統合失調症：ちなみに、2002年から精神分裂症の代わりに、統合失調症という言葉が使われるようになっていく）（2%）、薬物依存症（1%）、診断不明瞭な精神障害（15%）となる。

他方、日本の研究（1993年、張賢徳）によると自殺者のうち89%が何らかの精神障害を有しており、内訳としては、うつ病（45%）、統合失調症（26%）、アルコール・薬物依存（3%）、その他（3%）、診断不明（10%）となっている。

欧米と日本の共通点としては、①自殺者の9割程度は精神障害を有していること、②精神障害のうち最大の原因はうつ病であること。他方、大きな違いは、日本の場合、統合失調症が第2位の原因になるのに対し、欧米の場合はアルコール依存症が第2位となり、統合失調症はかなり低い数字になっていることがあげられる。

また、それぞれの精神障害がどの程度自死に結びつくかについては、うつ病の場合、10から30%が、統合失調症の場合はおおよそ10%が自死にいたるとの報告がある。

Ⅱ 自殺に関する基礎知識

【自殺と精神疾患の関係】

病名（欧米）	割合（%）	病名（日本）	割合（%）
うつ病	47	うつ病	45
アルコール依存症	25	統合失調症	26
脳器質性障害	4	アルコール依存等	3
統合失調症	2	その他	3
診断不明	15	診断不明	10

(4) 欧米における自殺に対する考え方の変化（張賢徳 「人はなぜ自殺するのか」 「学術的情報精神医学から見た自殺」 より）

- ヒポクラテスの文献にも自殺の記述が見られ、血液の流れの異常が自殺を引き起こすと考えていた。
- アリストテレスは体内の熱が急に弱まると自殺が起きると考えた。
- プリニウスは、自殺を最上の賜物と考えた。ストア派などは自殺に寛容だった。また、トマスモアのように安楽死を推奨した。
- キリスト教では、4世紀以来（アウグスティヌス）、自殺を禁止しており、12世紀から17世紀までは自殺という言葉さえ使われない時期があった。但し、自殺がまったくなかったわけではなく、自殺者があると、その家族に対し教会墓地への埋葬拒否や、財産の没収、死体を裸にして市中を引き回す、心臓に（さらに）くいを打ち込むなどの厳罰が下されていたため、事実として記録に残ることが少なかった。もっとも、このような厳罰も精神の異常に基づく自殺の場合は、免責が与えられていた。
- 19世紀になり、啓蒙思想の普及とともに、自殺を宗教的に考察するだけでは不十分であることが認識され、精神医学の問題として研究されるようになりました。この時期においては自殺はすべて精神障害が原因であるというものと、大半が精神障害一部は正常なものもあるという対立があり、後者が優勢でした。

(5) 日本における自殺に対する認識

切腹などの習慣を見ても、日本では、自殺に対して個人の理性的な決断であるという認識が広くもたれている。つまり、自殺一般については賛美するあるいは寛容であるという考えが一定程度の影響力を持つ一方で、身内の自殺に対してはタブー視するという面もあったといわれている。

これらの考えが自殺研究を阻害、すなわち実態調査と予防活動の障害になってきたという面があったことも否めないとも指摘されている。

(6) 自傷行為と自殺の関連（第38回自殺予防学会発表から）

自傷行為は、一般に助けを求めるメッセージであるといわれている。

学会で発表を担当した研究者によると、まず、青少年の場合、抑圧気分なり、優れない気持ちを晴らすために自傷が始まり、その頻度、部位が段々にエスカレートしてくる（週に一回程度から、日に何回もとか、腕から腹へとか）。そして、今度は家族なり周囲の人の関心を集めるために自傷するようになる（この段階で誤って自殺になってしまう不幸な例もある）。



ところが、自傷しても周りからまたやったというように思われ、あまり相手にされなくなると、さらに関心を集めるために、他の人を傷つけたり、犯罪的な行為をして、周囲の関心を引くようになることもある。

こういう経緯で、自傷から非行へとつながる例も少なくないといわれている。青少年が被害者から加害者に向かう分水嶺に位置するのが、自傷行為だという研究者もいる。

(7) 自殺に伴う社会的損失（「自殺による社会的な生涯所得の損失と自殺防止対策の経済的効果」金子他による）

労働者個人レベルの生涯所得の損失×労働者の自殺者数、自営業者個人レベルの生涯所得の損失×自営業者の自殺数、子供一人当たりの親の自殺によって失われる生涯所得の損失額の推計値×労働者等の平均子供数、消費支出の減少、有効需要の減少などの指標から自殺の社会的損失を計算した研究によると、以下のような名目国内総生産の損失が算出されるとのことである。

年	名目国内総生産の損失
2000	8309億円
2001	1兆 471億円
2005	1兆2046億円

人間社会の本質として、自殺が0になることは無いと考え、欧米の自殺率が低い国並みに自殺率が下がったに過ぎないと仮定した場合でも6000億円から1兆円の損失は発生することになるという。

国、県、市町村の事業、施策は、コストベネフィット比較ということが最近よく言われるが、このような経済的損失がなくなるのであれば、相当程度の予算が自殺対策に割かれてもおかしくないことになる。

(8) 自殺の費用（「ドキュメント自殺」森省歩 から）

実際に自殺が起きてしまった場合の費用については、

- 自殺が鉄道関連であった場合には、代替輸送の費用、その他で、鉄道会社から遺族に対し、数百万から1千万単位の損害賠償請求権が発生する場合がある。
- 山中での自殺、海への飛び込み自殺など遺体捜索のために民間のヘリコプターをチャーターした場合、1時間あたりの費用は50万から100万といわれている。
- 飛び降り自殺などで他人を巻き込んだ場合には、数億の損害賠償になることもありえる。

(9) 悲嘆反応

残された自死遺族に起こる心理的な反応として代表的なものに悲嘆反応がある。

一般に4つの段階を経るといわれている。

第1段階はショックの段階といわれ、口の中が乾く、ため息やあくびが出る、身体に力が入らない、泣く、眠れないといった身体症状が現れ、集中できない、考えがまとまらないといった状況も起きる。

第2段階は怒りの段階、故人の死を認められず、思考もまとめられないために悩むといった中に、

II 自殺に関する基礎知識

疲れやすい、めまい、ふらつき、動機、息切れといった身体症状が現れる。

第3段階の抑うつ段階では、周囲への関心を失う、自尊心の低下といった中に第2段階と同じような身体症状が現れる。

第4段階は回復の段階で、これらの症状が回復していく段階です。

自死遺族に対するケアをグリーフケアという。これらの悲嘆反応を踏まえた上で、対処することが正しい方向のケアになると考えられる。

(10) 自殺と脳内ホルモンの関係

確立された学説があるわけではないが、自殺者の脳（脳脊髄液）には、セロトニンという脳内ホルモンが少なくなっているという報告がある。セロトニンは、うつ病とも関連があるとされ、日光をよく浴びない場合に分泌が抑えられてしまうという性質があるといわれている。日光浴というのは、精神障害を抑える意味でも重要であると考えられる。

5 どういう状況で自殺は起きているか

(厚生労働省 自殺・うつ対策等プロジェクトチームとりまとめから)

(1) 一般的特性

地域や時期によって、自殺者の数や属性（年代、職業等）も異なるということを前提として、その変化に対応して自殺対策も柔軟に対応を変更していかなければならない。そこで、特徴的な状況を以下に記す。

- 無職男性の自殺率は、35歳から54歳までの年齢層の場合、有職者の約5倍となっている。
- 配偶者と離別した無職者の自殺率は高く、35歳から54歳までの年齢階層で、離別した男性無職者の自殺率は有配偶の男性有職者の約20倍となっている。
- 月別で見ると、3月の自殺が最も多い。
- 曜日別で見ると、月曜日が最も多く、土曜日が最も少ない。
- 月と曜日をクロス分析すると、3月の月曜日が最も多く、12月の土曜日が最も少ない。
- 3月に自殺が多くなる職種としては、被雇用者・勤め人、主婦は4～5月に、失業者・年金・雇用保険等生活者は5～6月に自殺が多くなる。
- 日別の自殺者数を見ると、最も多いのが3月1日、最も少ないのが12月30日、多い日の傾向として月初めと月末が目立つ。

(2) 身体疾患との関係

また、特定の病気において自殺率が高まることも指摘されている（厚生労働省 自殺予防マニュアルより）。

身体疾患	一般人口との比較（倍）
人工透析（腎不全）	14.5
腎移植（腎不全）	3.8
頭頸部のがん	11.4
その他の部位のがん	1.8



身体疾患	一般人口との比較（倍）
HIV	6.6
SLE(全身性エリテマトーデス)	4.3
脊髄損傷	3.8
ハンチントン病	2.9
多発性硬化症	2.4
消化性潰瘍	2.1

(3) 経済的要素との関係（「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」京都大学より）

①所得

大雑把に（ママ）言えば、所得が高いほど自殺のリスクは低い。但し、若年層では所得は自殺のリスクとはならないが、年齢が高くなるとリスクとなってくる。また、所得が低くても自殺のリスクが低い地域も当然ながら存在する。

②負債・破産

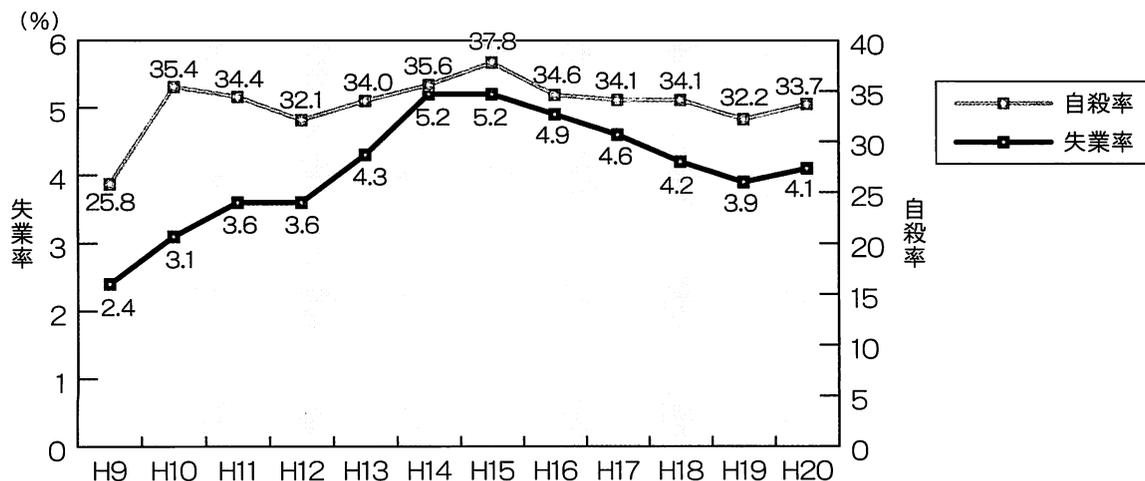
男性、女性ともに負債比率の高い地域では有意に自殺率が高い。破産の件数も自殺の状況と正の相関性がある。

③経済の不平等

ジニ係数（所得分配の不平等さを図る指標）と自殺の相関性は無い。

④ 自殺率と失業率の推移

	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20
失業率	2.4	3.1	3.6	3.6	4.3	5.2	5.2	4.9	4.6	4.2	3.9	4.1
自殺率	25.8	35.4	34.4	32.1	34.0	35.6	37.8	34.6	34.1	34.1	32.2	33.7



自殺率は人口動態統計、失業率は総務省「労働力調査」による。

6 自殺の危険要因（「自殺実態白書」より）

(1) 自殺実態白書（ライフリンク）より

NPO法人ライフリンクが、自殺者300人の遺族を対象に行った調査からいろいろなことが明らかになってきている。

そのうち、自殺の危険要因と見られるものが、68報告されている。また、68はどれも同じように危険度があるのではなく、全体の7割が上位10の要因に集中していることも明らかになった。

また、自殺の時点で、自殺された方は平均して4つの危険要因を抱えていることも分かった。つまり、警察統計のように、家庭問題、健康問題、経済生活問題と自殺の原因を単純に割り切ることは一面的な分析なのである。

例えば、リストラ⇒家族の不和⇒多重債務⇒うつ病という経路をたどって自殺が発生するというのは想像するに難くない。

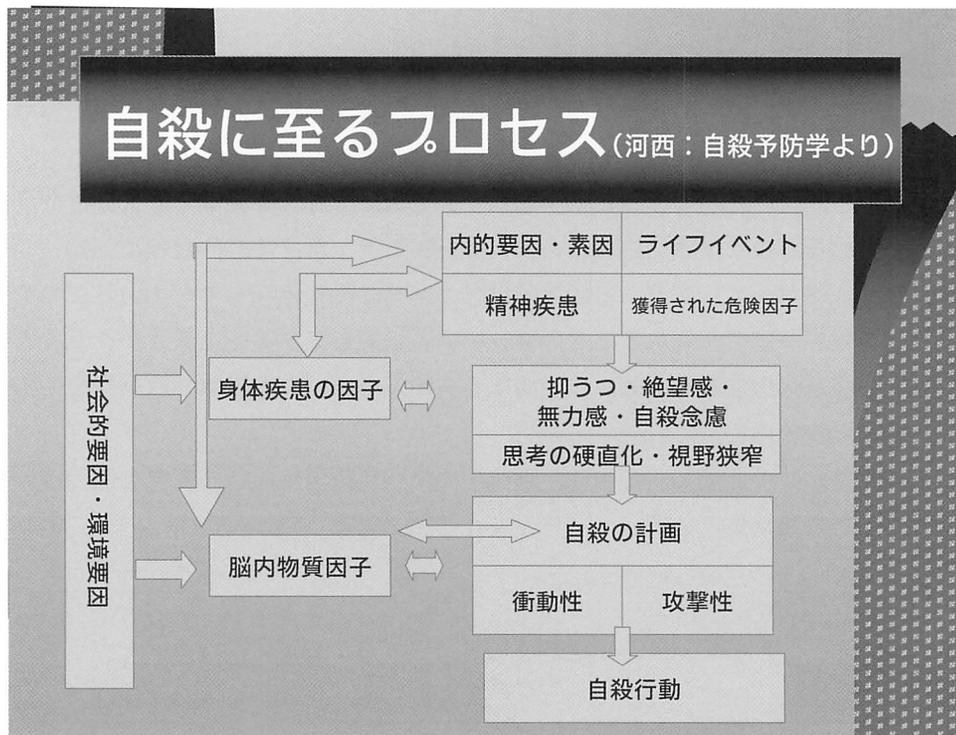
以下に68の要因とその危険度を記す。（ ）内は、危険要因として挙げられた数。

親子間の不和 (48)	夫婦間の不和 (51)	その他の家族不和 (6)	家族の自殺 (13)	家族の死亡 (17)
家族の将来悲観 (2)	離婚の悩み (29)	過去の被虐待 (9)	現在の被虐待 (1)	家庭内暴力 (10)
子育ての悩み (20)	介護・看病疲れ (18)	腰痛 (14)	その他の身体疾患 (58)	うつ病 (139)
その他の精神疾患 (38)	アルコール問題 (15)	病苦 (10)	倒産 (9)	事業不振 (37)
失業 (34)	就職失敗 (14)	生活苦 (42)	負債（多重債務） (55)	連帯保証債務 (26)
住宅ローン債務 (3)	その他の負債 (3)	借金の取り立て苦 (15)	仕事の失敗 (24)	職場の人間関係 (50)
配置転換 (27)	昇進 (9)	降格 (5)	転職 (13)	休職 (10)
過労 (42)	職場のいじめ (10)	仕事の悩み (21)	結婚をめぐる悩み (1)	失恋 (11)
不倫の悩み (6)	入試に関する悩み (3)	その他の進路に関する悩み (15)	学業不振 (4)	過去のいじめ (5)
現在のいじめ (4)	教師との人間関係 (10)	他生徒との人間関係 (6)	ひきこもり (13)	不登校 (3)
犯罪発覚 (1)	犯罪被害 (2)	後追い (1)	心中 (7)	近隣関係 (7)
将来生活への不安 (27)	その他（被災など 9項目） (75)	不明		

上のうち、10の危険要因とされたのは、①うつ病、②家庭の不和、③負債、④身体疾患、⑤生活苦、⑥職場の人間関係、⑦職場環境の変化、⑧失業、⑨事業不振、⑩過労である。

7 人はなぜ自殺するか

(1) 医学的分析



これは、「自殺予防学」(河西千秋)で紹介されている表を簡略化したものであるが、例えば、内向的な性格の人が(内的要因)、繰り返されるリストラ(ライフイベント)のために、うつ病をわずらい(精神疾患)、抑うつ感が甚だしくなり、絶望的な思いと自分は何も解決できないという無力感から、死にたいという思いが生じる。

そして、この状況を解決するためには自分が死ぬしかないと思込み(思考の硬直化、視野狭窄)、ロープを用意して(自殺の計画)、アルコールを飲んだ勢いから衝動的にまた攻撃的になって、ロープを首にかけ、自らの命を落としてしまうというようなプロセスの解析である。

また、具体的な自殺行動にいたる際には、解離(意識が飛んでいるような状態)が生じているという指摘もある(張賢徳「人はなぜ自殺するか」)。

自殺未遂者の話を聞くと、かみそりを持ったまでは覚えているが、具体的にどうやって手首をきったかは思い出そうとしても思い出せないという場合がある。このような場合にまさに解離が生じているのである。

張教授は、解離をめぐって以下の仮説を展開している。

- 解離性向の強い者に自殺念慮が生じたときに自殺念慮が高まる。

II 自殺に関する基礎知識

- 自殺念慮の生起には、解離性向は関係しない（解離性向が強いからといってすぐに自殺したいという気持ちになるわけではない）。
 - 自傷行為中に解離状態が生じている。
 - 自傷行為中の解離状態が強いほど、自傷による身体重症度は重い。
 - 解離性向が強いほど、自傷行為を起こしやすい。
- (2) 社会学的分析（芹沢俊介自殺予防学会講演から）
- 自殺の分析に関する碩学はデュルケムである。その中の「アノミー型の自殺」は現代の自殺がなぜ起こるかを的確に説明している。
- そもそも、人間が生まれてくるとき親を選択できないことに象徴されるように、赤ん坊の本質は根源的な受動性にある。根源的受動性から導かれるものは、人間の本源的な欲求というのは、受け止められる欲求である。
- この受け止められたいという欲求が幼少時に十分に満たされれば、健全な人間性が発展する。他方、この受け止められ欲求が満たされないまま成長すると、自己の内的世界に空洞（かけた部分）が残ったまま大人になってしまう。この内的世界の空洞は孤独と呼んでもよい。この空洞がきっかけで自己の内的世界が修復不能なまでに崩壊している状態をアノミー（デュルケム）という。
- このアノミーが現代の自殺を最もよく説明するものである（芹沢氏は、秋葉原事件の加藤青年の心理をもとにこの説を展開した）。
- また、デュルケムは「自殺論」の中で、近代化に伴う自殺増加の最も重要な原因は、家族的連帯の希薄化であるとも指摘している。

8 国の施策体系

- (1) 概要
- 平成18年に自殺対策基本法が施行されたが、自殺対策が法律に結実するまでには、自殺防止対策有識者懇談会の検討などを経て、また、NPO法人ライフリンクなどの強い働きかけなど、多くの人の努力がありました。
- (2) 自殺対策基本法の基本理念
- 自殺の背景にはさまざまな社会的な要因がある。その対策は、精神保健的観点のみならず、自殺の実態に即して行わなければならない。
- 自殺対策は、事前予防、発生の危機への対応、事後対応の各段階に応じた効果的な施策として行われなければならない。
- 対策は、国、医療機関、民間の団体等の相互の密接な連携の下に実施されなければならない。
- (3) 自殺総合対策大綱
- ① 自殺総合対策大綱とは
- 自殺対策基本法で、政府が定めるべきものとされた、自殺対策の基本となる方針。



② 自殺対策の基本的認識

- 自殺は追い込まれた末の死である。つまり、多くの自殺は個人の自由な意思や選択の結果ではなく、さまざまな悩みにより心理的に追い込まれた末の死である。
- 自殺は防ぐことができる。
- 自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している。

③ 数値目標

平成17年の自殺死亡率を平成28年までに20%減少させる

9 自殺対策の体系

自殺対策に関しては、いくつかの分類がある。

(1) アプローチの仕方の違いによる分類

ア 医療・保健アプローチに基づく自殺対策（1次予防：プレベンション、うつや自殺に対する普及・啓発、2次予防：インターベンション、うつや自殺念慮の早期発見、早期介入、3次予防：ポストベンション、自殺未遂者、自死遺族への対応）

イ 社会的アプローチに基づく自殺対策（失業、多重債務等の生活上の問題の相談受けつけ、対応等）

ウ 地域づくりアプローチに基づく自殺対策（前2者を融合、あるいは効果的に推進するための関係機関のネットワーク化、地域の結びつきの強化等）

(2) 対象の違いによる分類

ハイリスク者対策（高次救急センターへの搬入患者、自傷癖のある青少年など）

地域対策（特定の地域への介入）など

Ⅲ 自殺に傾いた人を支えるために

1 自殺行動に関する俗説（「自殺予防カウンセラーのための手引き」WHOから）

	俗 説	評 価
1	自殺について語る人は他人の評価を引きただけなので自分自身を傷つけることは無い	⇒誤り こういう人に対面したときには、あらゆる予防措置をとらなければならない。すべての自傷の兆しは深刻に受け止められるべきである。
2	自殺は常に衝動的で、警告も無く起こる	⇒誤り 自殺による死は、実際にはいくらかの時間をかけて考えられたものであろう。自殺に傾いている人の多くは、自身を傷つけようとする念慮を何らかの形で言葉や行動で持って伝えている。
3	自殺をしようと考えている人は本当に死にたいと思っているし、死ぬことを決意している。	⇒誤り 自殺をしたいと考えている人のほとんどは、その考えを少なくとも別の一人の人に伝えている。あるいは危機介入のための電話か医師に伝えている。それは死ぬという言葉を与えているのではなく、両面的（死にたいという気持ちと生きたいという気持ちが混在していること）であるということを示している。
4	人が改善のしるしを示したり自殺企図から生還したときには、彼らの危機は去っている	⇒誤り 実際は、もっとも危険な時期のひとつは危機の直後か、あるいは企図のあとに病院に入院しているときである。また、退院後1週間はその人がまだ特に脆弱なので自傷の危険がある。自殺に傾いている人のほとんどは続けて危険な状態にある。
5	自殺は遺伝する	⇒誤り 全ての自殺が遺伝と関連しているわけではない。しかしながら、自殺の家族歴は、特にうつ病が多発する家族においては自殺行動の重要な危険因子である。
6	自殺企図者や既遂者は、全て精神疾患を患っている。	⇒誤り 精神疾患が明白でない事例もある。
7	カウンセラー（相談員）が患者（相談者）と自殺について話すと、患者に自殺念慮を引き起こす。	⇒誤り そのようなことは無い。実際には、その人の常道の評価やストレスによって引き起こされた状態の正常化が自殺念慮の軽減のための必須の要素である。

	俗 説	評 価
8	自殺は一部の特別な種類の人々だけに起こるもので、自分たちには起こらない。	⇒誤り 自殺はあらゆるタイプの人に起こりうるもので、実際にあらゆる種類の社会体制や家族に認められている。
9	人がいったん自殺企図を試みたら、その人は二度とそれを試みることには無い。	⇒誤り 実際には、自殺企図は非常に重要な自殺の予測因子である。
10	子供は死の意味をきちんと理解していないし、自殺行為を実施するだけの認知的な能力がないために自殺はしない	⇒誤り あらゆる年齢の子供のあらゆる仕草は深刻に受け取られなければならない。

2 自殺に傾いた人への対応の基本

(「自殺に傾いた人を支えるために～相談担当者の指針～」厚生労働省から)

- 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つととも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聞く（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・实际的で相手にとって役に立つものでなければならない。

3 対応の手順

(「自殺に傾いた人を支えるために～相談担当者の指針～」厚生労働省から)

(1) 実際の手順

- 傾聴に勤め、まず状況を把握する。
- 問題に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をする。
- 自殺の危険性が高い場合には、医療機関で対応、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。

Ⅲ 自殺に傾いた人を支えるために

- 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。
- 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、ともに支援に当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。

【自殺の保護要因（防ぐように働く要素）】

- ア 家族、友人、そして重要なかかわりのある他の人からの支援
- イ 宗教、文化、そして民族的な信条
- ウ 地域社会への参加
- エ 満ち足りた社会生活
- オ 社会との統合
- カ 精神保健のケアやサービスの利用

(2) してはいけない対応

- 単に死んではいけないといった教えを説く対応
- 問題となっていることがたいした問題ではないとしたり、無視したりすること
- 死ぬきがあれば何でもできる、弱音を吐くななど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

(3) 死にたいと打ち明けられたときの対応

「死にたいほどつらい問題を抱えていらっしゃるのですね」と切り返し、具体的な問題の内容について詳しく聞く。

相談者のつらい気持ちに寄り添って、死にたい気持ちをしっかり受け止めることが大切である。

4 いのちの電話（自殺の相談電話）の相談員が心がけている事項

(1) 実践するように心がけていること

- 穏やかに注意深く聞く
- 相手の感情を理解する
- 相手を受け入れ、尊重し、同じ目線で対応する
- 正直に、誠実に語る
- 相談員の関心や配慮、温かみを示す
- 相手の感情に焦点を合わせる

(2) しないように心がけていること

- 相手の話をしばしば中断する



ショックを受けたり、感情的になったりする
自分は忙しいと相談者に伝えたり感じさせたりする
偉ぶったり、恩着せがましくしたりする
教訓的な意見やあいまいな意見を語る
自分の意見に誘導するような質問をする

5 自殺のサイン

(1) 準備前半期でのサイン

情緒不安定になる
突然、涙ぐんだりする
落ち着きがなくなる
不機嫌になる
気分が沈みがちになる
絶望感、自責感、無価値感が漂っている
怒りやイライラを爆発させるようになる
性格が変わったように感じられる
投げやりな態度が目立つようになる
これまで関心のあったことに関心を示さなくなる
仕事の業績が急に落ち始める
会社を休みがちになる
引きこもりがちになる

(2) 準備中盤でのサイン

攻撃的、衝動的な行動を示す
激しい口論やけんかをする
過度に危険な行為に及ぶ
極端に食欲がなくなる
短期間に体重が減少する
親しかった人とのつながりを失う

(3) 準備後半でのサイン

大切にしていたものを誰かにあげたり、整理したりする
突然借りていたものを返す
一転して不自然なほど明るくする
別れをほのめかす

編集後記

「永遠の今を生きる」という言葉は、工藤巖岩手県元知事が好んで色紙に書かれた言葉です。今は、未来につながるだけでなく、過去にもつながっているという意味だと思っています。過去が今につながるというのは理解できても、今が過去につながるというのは、どうしたことなのでしょう。私なりに考えてみると、過去に起きた事実は変えられなくても、今の生き方でその評価は変えられるということではないかと考えています。

相談窓口に来られた方は、起きてしまったことについて、困惑し、悩み、苦しんでいらっしゃると思います。その方々に対して、専門知識をフルに活用して、相談員がいろいろな解決策・選択肢を示すことによってその方の視野が広がれば、過去の出来事に対する評価も変えるものだと確信します。このような取り組みこそが、相談窓口での自殺対策なのです。

相談員を守りたい、そんな思いからはじめた自殺対策への取り組みですが、取り組む中で社会的アプローチの脆弱性を痛感するにいたり、このような冊子を作成しました。

はなはだ粗雑な内容の冊子ですが、相談の傍らにおいてご活用いただければ幸いです。

(F生)

あなたもゲートキーパー ～相談員のための自殺対策読本～

2011年3月

NPO法人いわて生活者サポートセンター
TEL 019-604-8610 FAX 019-653-0570

