

福岡県自殺未遂者支援マニュアル

平成27年10月

福岡県保健医療介護部健康増進課
こころの健康づくり推進室

はじめに

本県では、「誰もが自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して、様々な自殺対策に取り組んでいます。これらの取組により、本県の自殺者数は減少傾向にあり、人口動態統計によると平成26年の自殺者数は993人と、17年ぶりに千人を下回りました。

しかしながら、いまだ年間に千人近くの方が、自ら命を絶つ、という状況にあります。このため、自殺の予防について、更に取り組んでいくことが重要と考えています。

その中でも、自殺未遂につきましては、自殺の大きな危険因子であると言われており、自殺未遂者への支援は、自殺予防における重要な対策の一つとされています。

そこで、本県では、救急医療機関に搬送された自殺未遂者が再び自殺を図ることを防ぐため、その方に面談を行い、必要に応じて精神科医療や支援機関につなぐ自殺未遂者支援事業を、平成24年度から平成26年度まで実施したところです。

今回、その成果をまとめて、このマニュアルを作成しました。

これまで、関係機関の皆様には、それぞれの立場から自殺未遂者の支援に関わっていただいているところですが、本マニュアルは、救急医療の従事者のほか、自殺未遂者に関わる可能性がある全ての医療従事者が、自殺の再企図を予防するために知っておくべき支援の具体的な方法や基礎知識を示しています。このマニュアルを活用していただき、地域での円滑な連携の促進を図っていきたいと考えております。

最後に、本マニュアルを作成するにあたりご協力いただきました福岡大学病院、産業医科大学病院、久留米大学病院、聖マリア病院の皆様に対しまして、心から感謝申し上げます。

平成27年10月

福岡県保健医療介護部健康増進課
こころの健康づくり推進室

目 次

I	自殺未遂者支援の概要	p 1
1	目的	
2	基本的な考え	
II	自殺未遂者支援の具体的な方法	p 2
1	自殺未遂者の心理状態を確認する	
2	自殺の危険因子を確認する	
3	自殺を予防するため積極的にブレーキをかける	
III	自殺予防のための基礎知識	p 9
1	自殺念慮の振り子モデル	
2	「自殺の危険因子確認」のための基礎知識	
	（1）自殺の危険の過少評価	
	（2）自殺企図の有無の確認	
3	「SAD PERSONS スケール+ 4」活用のための基礎知識	
4	自殺の危険の高い人への対応姿勢～TALK の原則～	
5	参考：自殺企図が発生したその場での対応	
6	家族への対応	
IV	専門機関への紹介	p 18
V	参考資料	p 20
○	福岡県内の相談窓口	
○	福岡県精神科救急医療システムの概要	

I 自殺未遂者支援の概要

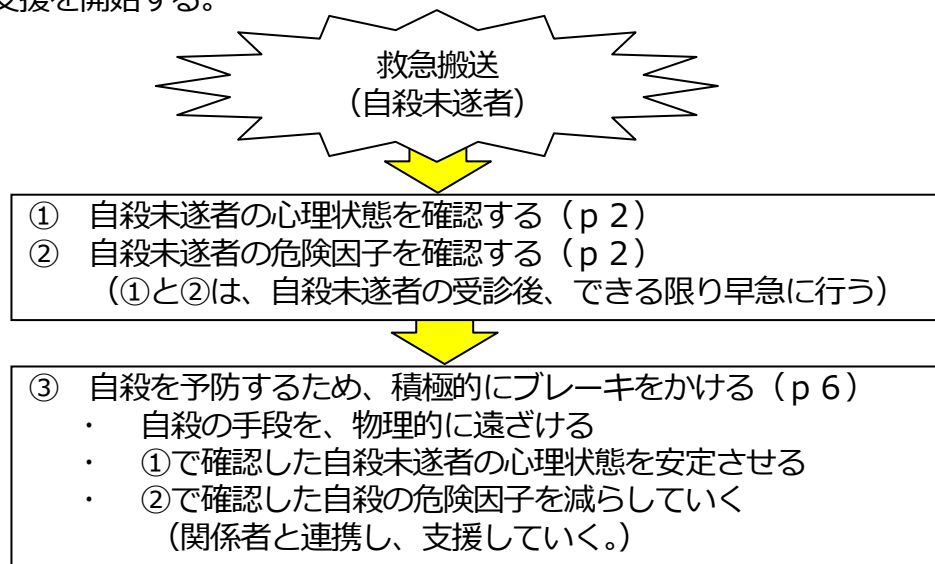
1 目的

自殺は、さまざまな要因が重なったときに生じると言われている。そのため、自殺未遂者の再度の自殺行動（自殺企図）を防ぐためには、その背景にある要因（=危険因子）を確認し、その危険因子を一つでも多く減らしていくことが重要になってくる。また、危険因子を減らしていくためには、関係者が連携し、支援することが重要である。

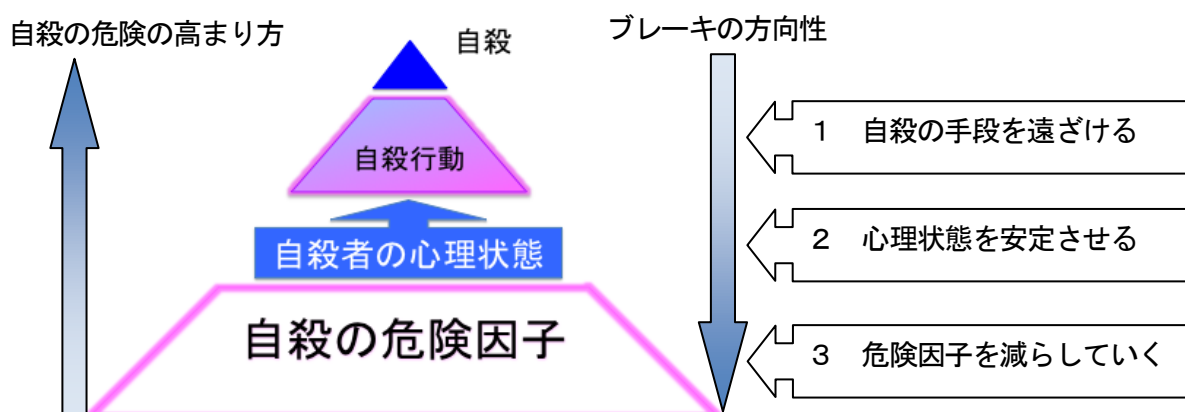
医療機関の救急外来に搬送された（又は外来受診した）自殺未遂者の背景にある危険因子の確認をよりの確に行い、危険因子を減らすための方策や方法について検討し、地域の関係者がより円滑に連携し、自殺未遂者の再度の自殺行動を防止することを目的としている。

2 基本的な考え

自殺未遂者が救急外来に搬送されたら、救命措置を行うとともに、できる限り早い段階から支援を開始する。



【参考：自殺行動の階層モデル】



出典 衛藤暢明「自殺予防には人材教育が不可欠！当院の自殺予防人材養成プログラムの要点を具体的に紹介します。」精神看護 14(6):11-25, 2011

II 自殺未遂者支援の具体的な方法

1 自殺未遂者の心理状態を確認する

自殺行動に直接結びつく心理状態には、「心理的視野狭窄」、「焦燥感」、「動揺する又は強い自殺念慮」がある。これらの心理状態の有無を確認する。

- ・ 心理的視野狭窄

自殺以外の解決策が見えなくなる状態。「自殺するしかない」と考えている。

- ・ 焦燥感

そわそわして落ち着かない、動き回る、イライラしやすい、などの行動が見られる。

- ・ 動揺する又は強い自殺念慮（p 9「自殺念慮の振り子モデル」参照）

死にたい気持ちと生きたい気持ちの間で揺れ動いている状態。

2 自殺の危険因子を確認する

自殺はさまざまな要因（=危険因子）が重なったときに生じると言われている。救急医療機関や精神科を受診した際に、「SAD PERSONS スケール+4」（サッドパーソンスケール プラス フォー）（p 5）を用いて、自殺未遂の背景にある危険因子を確認する。

SAD PERSONS スケール ※特に重要なのは自殺企図の既往（P）、精神疾患（D, E, R）	
<input type="checkbox"/> Sex	男性
<input type="checkbox"/> Age	20歳未満と45歳以上
<input type="checkbox"/> Depression	うつ状態
<input type="checkbox"/> Previous attempt	自殺企図の既往
<input type="checkbox"/> Ethanol abuse	アルコール乱用
<input type="checkbox"/> Rational thinking loss	幻覚・脳器質症候群、精神病状態
<input type="checkbox"/> Social support deficit	社会的援助の欠如
<input type="checkbox"/> Organized plan	組織的な計画（自殺に関して）
<input type="checkbox"/> No spouse	配偶者がいない、単身生活
<input type="checkbox"/> Sickness	身体疾患
+4（4つの危険因子）	
<input type="checkbox"/> 自殺に関する家族歴	<input type="checkbox"/> 喪失体験
<input type="checkbox"/> 事故傾性	<input type="checkbox"/> 自殺に関連した性格・パーソナリティの傾向

○ 「SAD PERSONS スケール+4」による確認の実際

【STEP 1】

- ・ 確認できる危険因子をチェック（☑）する。
- ・ 確認できていない（あるかもしれない）危険因子に印（△）をつける。

【STEP 2】

- ・ △をつけた危険因子を中心に、本人や周囲の人から情報を得る。
- ・ ☑チェックした項目に間違いがないか確認する。

【STEP 3】

- ・ ☑チェックした項目について、それぞれの具体的な内容を文章にまとめる。

- ・ 整理した情報を、他の支援者に伝える準備をする。
- ・ 何が確認できていない項目なのかを情報に入れる。

【STEP 4】

- ・ 自殺の保護因子（防御因子）について、ありそうな要因を見つける。

自殺の保護因子（防御因子）の有無

- 子ども（産後精神病、気分障害を除く）
- 家族への責任感
- 妊娠
- 信仰心
- 生活への満足感
- 現実検討能力
- 積極的な社会的サポート
- 積極的な対処技能
- 積極的な治療関係

引用文献 Jacobs DG et al. (井上新平 訳) 自殺行動の評価と精神医学的ケア. American Psychiatric Association (佐藤光源, 樋口輝彦, 井上新平 監訳) 米国精神医学会治療ガイドライン コンペンディウム. 医学書院, 2006

※ 若年者での「SAD PERSONS スケール+ 4」の使用の際の注意点

「SAD PERSONS スケール」については必ずしも当てはまらない項目も多いが、一方で、「+ 4つの危険因子」について重点的にみていく必要がある。

【SAD PERSONS スケール】

- ・ 自殺未遂歴(P)：自殺念慮は多いが、自殺企図は少ない。
- ・ 精神症状(D, E)：分かりにくい場合も多い。
- ・ アルコール乱用・依存(E)：アルコールはまれで、危険ドラッグや有機溶剤、ガスなどへの依存が多い。
- ・ 社会的サポートの欠如(So)：学校や地域社会、経済状況、家族関係などに注目する。
- ・ 配偶者(N)及び身体的障害(Si)：ないか少ない。

【+ 4つの危険因子】

特に「自殺に関する家族歴」、「喪失体験」、「事故傾性」に着目する。

□ 「自殺に関する家族歴」について

近親者の自殺が一種のモデルになって、自身が問題に直面したときの対処方法として「自殺」を選択することが考えられる。

□ 「喪失体験」について

思春期では、受験や進路に関する失敗、病気やけが、親友・近親者の死亡等の出来事が、喪失体験として感じられる場合に自殺の危険因子になる。これらの出来事が、本人にとってどのような意味を持つのかを理解する必要がある。

□ 「事故傾性」について

自殺に先立って自分の安全や健康を守れない状態がしばしば生じる。自殺の直前ばかりでなく生活史の中で長年にわたって事故傾性を認める患者もいる。思春期の患者では、たびたび怪我をする、大量服薬や自傷した後に本来必要な処置を行わない、性的逸脱などがある。

SAD PERSONS スケール+ 4 (4つの危険因子)

SAD PERSONS スケール

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Sex | 男性 |
| <input type="checkbox"/> Age | 20 歳未満と 45 歳以上 |
| <input type="checkbox"/> Depression | うつ状態 |
| <input type="checkbox"/> Previous attempt | 自殺企図の既往 |
| <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 自傷 | |
| <input type="checkbox"/> Ethanol abuse | アルコール・薬物の乱用 |
| <input type="checkbox"/> Rational thinking loss | 幻覚・脳器質症候群、精神病状態 |
| <input type="checkbox"/> Social support deficit | 社会的援助の欠如 |
| <input type="checkbox"/> 職場での孤立 <input type="checkbox"/> 乏しい家族関係 <input type="checkbox"/> 失業
<input type="checkbox"/> 社会経済的地位の低下 <input type="checkbox"/> 経済的損失
<input type="checkbox"/> 病気・けがによる生活への影響 <input type="checkbox"/> 予想外の失敗
<input type="checkbox"/> 配偶者のドメスティックバイオレンス
<input type="checkbox"/> 他者の死の影響 (重要なつながりがあった人の死)
<input type="checkbox"/> 不安定で乏しい治療関係 | |
| <input type="checkbox"/> Organized plan | 組織的な計画 |
| <input type="checkbox"/> 致死性の高い手段 (縊首、飛び降り、ガス etc.)
<input type="checkbox"/> 複数の手段の併用
<input type="checkbox"/> 手の込んだ計画・強い/動揺する自殺念慮 | |
| <input type="checkbox"/> No spouse | 配偶者がいない |
| <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 配偶者との死別 | |
| <input type="checkbox"/> Sickness | 身体疾患 |
| <input type="checkbox"/> 慢性・消耗性の疾患
<input type="checkbox"/> 生活に大きな支障がある <input type="checkbox"/> 大きな苦痛を感じている | |

4つの危険因子

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 自殺に関する家族歴 | <input type="checkbox"/> 喪失体験 |
| <input type="checkbox"/> 事故傾性 | <input type="checkbox"/> 自殺に関連した性格・パーソナリティの傾向 |

※SAD PERSONS スケール : 1980 年代、アメリカで開発された自殺の危険因子に関するスケール
<Patterson, WM; Dohn, HH; Patterson, J; Patterson, GA (April 1983). "Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale." Psychosomatics 24 (4): 343-5, 348-9.>
上記の項目は、一部齋藤が改変している。

3 自殺を予防するため積極的にブレーキをかける

(1) 自殺の手段を遠ざける

今にも自殺行動に移ろうとしていると判断される場合は、あらゆる可能性を考え、自殺の手段を遠ざける。

具体的な対応例

- 飛び降りようとしている人を、より安全な場所に連れて行く。
- 刃物や薬剤をすぐに手が届く場所に置かない。
- 向精神薬を、本人の管理とせず、医療従事者が管理する。
- 窓の開閉幅の制限、高所にいけない工夫（柵の設置等）をする。
- ナースコール等のコード類を短くする。
- ひも類を身近に置かない。
- ひもをひっかけることができる突起を無くす。 等

(2) 心理状態を安定させる

「心理的視野狭窄」、「焦燥感」、「動揺する又は強い自殺念慮」を認めた場合、その心理状態の緩和に努める。

心理的視野狭窄に対して

- ・ 抱えている問題に対する具体的な対応策を示す。
- ・ 客観的な情報を説明する。
- ・ 一人で抱え込まずに相談してみることを強く促す。
- ・ 家族や支援者に実際に会ってもらおう。

焦燥感に対して

- ・ 向精神薬を使用する。（鎮静を図る。）
- ・ 行動の制限や精神科病院への入院を検討する。

動揺する又は強い自殺念慮に対して

- ・ まず「死にたい」気持ちをしっかり話せるようにする。

(3) 危険因子を減らす

- ・ 「SAD PERSONS スケール+4」で確認した危険因子を減らすための方策・方法を一つでも多く考え、減らせる危険因子から減らしていく。
- ・ 危険因子を変えられないときは、心理状態に注目し続け、心理状態の安定を図る。（上記Ⅱ 3（2）参照）
- ・ 危険因子を減らすため、地域の精神科医療機関や行政機関等（社会資源）を紹介し、連携して支援する。
- ・ 精神科医療機関に紹介する際は、スクリーニング・シート（p 7、若年者の場合はp 8）を用いて、必要な情報を提供する。
- ・ 精神科医療機関や行政機関等を紹介する際の注意点

自殺企図者の場合、本人が支援されることを拒絶するなど、関係機関への紹介が困難な場合も多い。必要な支援を利用するよう、できる限り働きかけることが必要となる。

○ 精神科医療機関紹介時のスクリーニング・シート

1 年齢 性別 ⇒ Se, A

2 自殺企図（今回）⇒ P, O

自殺企図である（死にたいという気持ちがあった）

疑い（自殺企図であった可能性がある）

過去の自殺企図歴 あり なし 未確認

3 アルコール摂取状況⇒ E

()

4 生活状況⇒ So, N

a. 結婚 している していない

b. 同居 いる いない

c. 仕事 している していない

d. 経済状況 収入 () 借金の有無 ()

5 身体状況 ⇒ Si

可能な日常生活動作の範囲 ()

リハビリテーションの要否 ()

6 精神症状

問題となっていること ()

精神病症状 ⇒ R

うつ症状 躁症状 ⇒ D

不安

アルコールの問題 薬物の問題 ⇒ E

○ 若年者用 精神科医療機関紹介時のスクリーニング・シート

- 1 年齢 性別 ⇒ Se, A
- 2 自殺企図（今回）
 自殺企図後（死にたいという気持ちがあった）
 疑い（自殺企図であった可能性がある） ⇒ P, O
 過去の自殺企図歴 あり なし 未確認
- 3 薬物（危険ドラッグや有機溶剤を含む）の使用、アルコール摂取状況
 （ ） ⇒ E
- 4 生活状況
 a. 家族の状況 ⇒ So, N
 両親（祖父母）との関係、両親の関係・単身赴任の有無、家族の自殺歴など
- b. 学校等での状況
 友人の有無や関係、生育歴や学校での状況にみられる発達上の問題（可能性）、部活・サークルなど
- c. 経済状況
 両親の経済状況、アルバイトをしているか など
- 5 身体状況
 身体的問題があるか、日常生活動作がどの程度可能か、リハビリテーションが必要かなど ⇒ Si
- 6 精神症状 精神科・心療内科などの受診歴 あり なし
 問題となっていること（ ）
- 精神病症状 ⇒ R
 うつ症状 躁症状 ⇒ D
 不安
 薬物の問題 アルコールの問題 ⇒ E

Ⅲ 自殺予防のための基礎知識

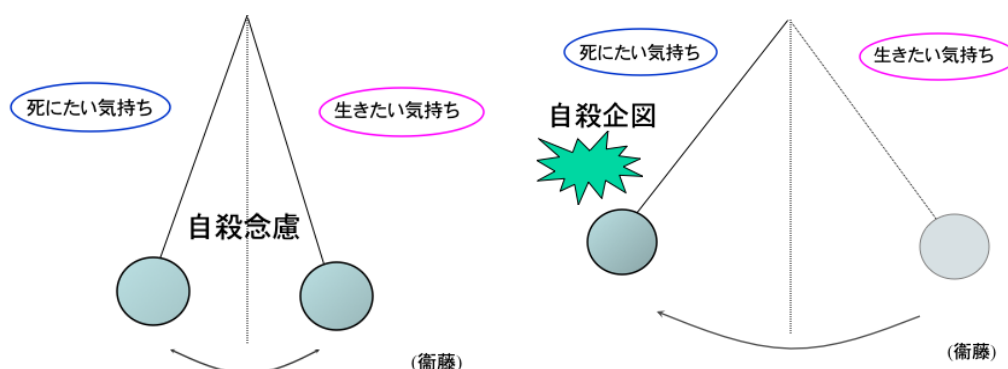
自殺未遂者の支援にあたっては、必要な基礎知識をあらかじめ理解しておくこと、より円滑に行うことができる。

1 自殺念慮の振り子モデル

死にたい気持ちは、いつも「一過性」で「両価的」である。死にたい気持ちを話せる状態にする（とどまる）ことが、当面の目標となる。このモデルでは、同時に、生きたい気持ちへ注目することも意図している。行動に移ってしまった段階では、考えるレベル（自殺念慮）を越えてしまっている。

「死にたい気持ち」と「生きたい気持ち」で揺れ動いている。

「死にたい気持ち」に大きく揺れると、自殺企図の行動をとる。



例 1) 自殺企図の際に、助かるような行動をしている

大量服薬をした後に誰かに電話をしていたり、煉炭を焚いた自家用車のドアを無意識に開けていたりということがあある。こういった行動を「死ぬつもりがなかったから」と解釈するのではなく、「死にたい気持ちと生きたい気持ちが常に揺れ動いているから」と考え、本人や家族にもそのことを伝える。

例 2) 救命救急センターでの身体的治療を終えた時点で、「大丈夫」と言って退院したが、つい数日まで死にたいという気持ちがああって、それを行動して入院となった人が、すぐに「大丈夫。良くなったから退院したい。」と言った場合、「そう考えること自体が心配だ」と説明する。

その時点でしないといけなことは、「死にたい」気持ちについて話すことであり、もしそのまま自殺念慮について話し合われずに帰宅したら、「生きたい気持ち」に振れていた気持ちが、自宅に戻って「死にたい気持ち」に揺れ動いて、再度行動する恐れがある。

出典 衛藤暢明：自殺予防には人材教育が不可欠！当院の自殺予防人材養成プログラムの要点を具体的に紹介します。精神看護 14(6):11-25, 2011

2 「自殺の危険因子の確認」のための基礎知識

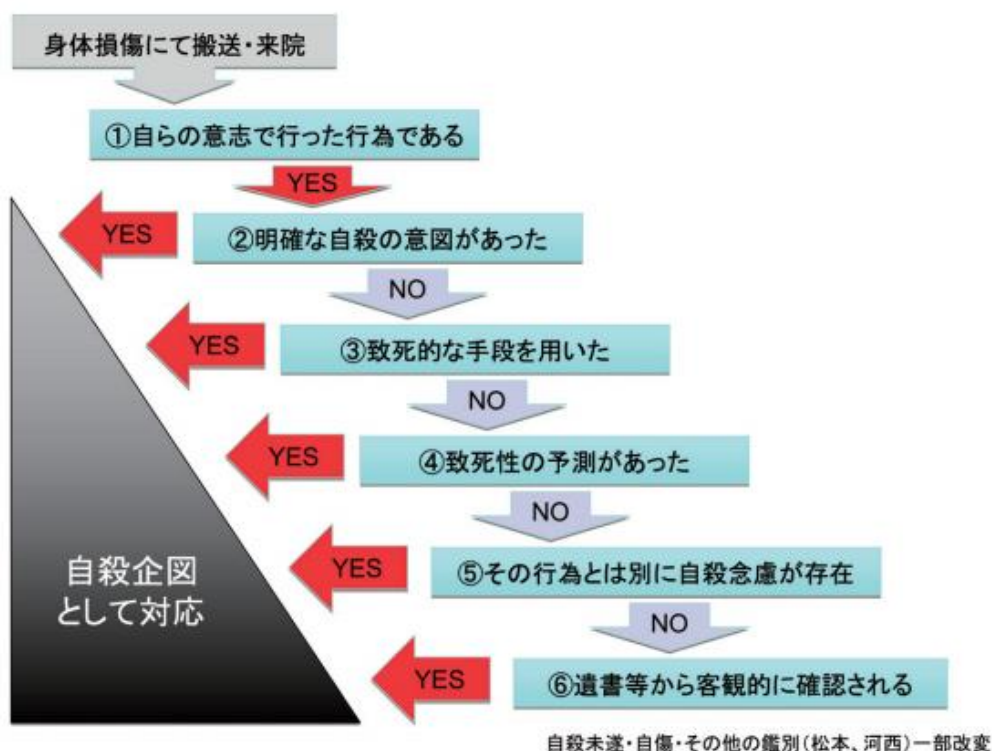
(1) 自殺の危険の過少評価について

自殺の危険因子を適切に見つけるためには、ある程度の経験が必要であり、自殺予防に関して経験の少ない人ほど自殺の危険を低く見積もりがちである。

普段からあらゆる患者に対して「自殺の危険の確認」をすることで、自殺の危険を予測する能力は高まっていく。

(2) 自殺企図の有無の確認

今回の受診が自殺企図であるかどうかを、できる限り正確に確認する必要がある。



① 本人が「死にたかった」と話す

「死にたい気持ちがありましたか?」、「消えてしまった方が楽だと感じていましたか?」、「こういう状況でお会いする人で“死にたかった”という人がいますが、あなたの場合もそうでしょうか?」と問う。

② 行動の前にメールや遺書を書いている

約 30%の人がメッセージを残す(手紙、メール、SNS、遺書)

③ 致命的な手段を用いている/④ 致死性の予測があった

否認や「覚えていない」という反応があるとき(縊首、高所からの飛び降り、複数の手段の併用)

⑤ 行為とは別に自殺念慮がある

当時の状況を覚えていない場合(解離症状、アルコールの影響、精神病状態)

出典:「自殺未遂患者への対応 ~救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き~」(平成21年3月 日本臨床救急医学会)

3 「SAD PERSONS スケール+ 4」(p 5) 活用のための基礎知識

Sex 男性

男性の方が自殺するリスクが高い。

Age 20 歳未満と 45 歳以上

20 歳未満と 45 歳以上は再び自殺企図するリスクが高い。

Depression うつ状態

うつ病は、症状として自殺念慮がみられること、またうつ病の約 15%が自殺で死亡すると言われていること、うつ病の治療についてはほぼ確立していると考えられることから、自殺予防において特に重要とされる。

なお、抑うつ状態を伴う気分障害の中には「躁うつ病」が含まれ、自殺にも強い関連がある。

※ うつ病の症状の特徴

- (1) 自律神経症状：睡眠障害、食欲が落ちる、体重が落ちる、性欲がなくなる。
- (2) 抑うつ気分：気分が沈む、自分の評価が落ちる、自信を失う、自分を責める。
- (3) 精神運動制止：思考能力が落ちる、集中できない、決断できない、興味を失う。
- (4) 不安焦燥感：(病的)不安、落ち着かずイライラする、動き回る。

※ 躁状態になっていないか疑うとき

- (1) 上機嫌だが、何かいつもと違う。
- (2) あまり眠っていなくても元気そう。
- (3) 人との交流が盛んになった。
- (4) 普段より行動が活発になった。
- (5) たくさん話をするようになった。

Previous attempt 自殺企図の既往

危険因子の中で最も重要なものである。自殺を図り救命された人の 10 人に 1 人は、自殺企図を繰り返し、自殺で命を失う（自殺未遂の後、1 年以内に 1～3%が自殺し、5 年以内に 9%が自殺するという報告がある。）。

Ethanol abuse アルコール・薬物の乱用

アルコール依存症では病死・事故死・自殺の率が高まり、平均寿命も 50 歳代前半との報告がある。アルコール依存症患者の 10%前後で自殺が起こるとの報告がある。（海外では 20～30%）。アルコール依存症や薬物乱用自体が無意識の自己破壊傾向の現れとする見方もある。うつ病に罹患した後にアルコール依存となる場合も多い。

※アルコールの自殺への影響

a. 直接の影響

自己破壊的な動機からの過剰摂取

酩酊状態によるコントロールの悪化

b.間接的な影響

精神障害の悪化

社会的・経済的状況の悪化

- Rational thinking loss 幻覚・脳器質症候群、精神病状態
内的にとらえている世界が、事実と決定的に異なる状態（主観≠客観）。器質性の精神障害（認知症、頭部外傷など）も含まれる。
統合失調症は精神病症状を示す代表的精神疾患であり、自殺の頻度も少なくない。統合失調症における自殺は、予兆なく起こることが多い、致死性の高い手段を用いる傾向がある、意図がはっきりしない等の特徴が見られる。
- Social support deficit 社会的援助の欠如
社会的援助には、経済的な支援をどの程度受けているかも含まれる。経済状態について、患者本人の認識や実際の状況を確認する。現実に利用可能な社会的援助があっても、患者が受け入れられない状態ができあがっていることもある。患者自身の精神症状（たとえばうつ病における悲観的な思考）が要因になっている場合があることや、家族全体が「孤立」している場合もある。このような場合に、あらゆる方面から働きかけを行うことを試みる必要がある。（「No spouse 配偶者がいない、単身生活」も参照のこと。）
- Organized plan 組織的な計画（自殺に関して）
致死性の高い手段を用いていること、複数の手段を併用していること、手の込んだ計画を用いていること、強い又は動揺する自殺念慮があることは、自殺の再企図の危険因子である。
- No spouse 配偶者がいない、単身生活
独身（未婚）、離婚、別居、配偶者との死別は危険因子であり、配偶者以外の近親者の死亡を最近経験した人も加えると、自殺率は配偶者のいる人の3倍になる。
家族や同居者がいても、患者自身が疎外を感じていれば自殺の危険は高くなる。家族の中において孤独感を感じているかどうかは、本人がどう認識しているか尋ね
- Sickness 身体疾患

身体疾患と自殺の危険（一般人口との比較）〈Harris EC, 1994〉

慢性腎不全	人工透析	14.5倍	腎移植	3.8倍
がん	頭頸部のがん	11.4倍	その他のがん	1.8倍
HIV陽性/AIDS	（エイズ：後天性免疫不全症候群）	6.6倍		
全身性エリテマトーデス		4.3倍		
脊髄損傷		3.8倍		
ハンチントン病		2.9倍		
多発性硬化症		2.4倍		
消化性潰瘍		2.1倍		

*この他に、関節リウマチ、てんかん なども危険因子にあげられる。

□ 自殺に関する家族歴

近親者の自殺が一種のモデルになって、自身が問題に直面したときに、対処方法として「自殺」を選択しやすくなるとも考えられている。

□ 喪失体験

多額の借金、失業、地位が下がる、病気やけが、近親者の死亡、訴訟を起こされるなどの出来事が、喪失体験として感じられる場合に自殺の危険因子になる。これらの出来事が、本人にとってどのような意味を持つかを理解する必要がある。

□ 事故傾性

自殺に先立って自分の安全や健康を守れない状態がしばしば生じる。自殺の直前ばかりでなく生活史の中で長年にわたって事故傾性を認める患者もいる。患者にとって無意識的な自己破壊傾向を示している場合がある。

事故傾性の例 (出典：高橋祥友)

- ・ 事故を防ぐのに必要な処置をとらない。
- ・ 慢性疾患 (例：糖尿病、自己免疫性疾患) に対して予防や医学的な助言を聞かない。
糖尿病患者が、食事療法、運動、服薬などをやめる／腎移植を受けた患者が免疫抑制剤の内服をやめる／腎不全の患者が人工透析をやめる／飲酒が生命の危険につながることを医師に指摘されていても、大酒を続ける
- ・ なんの連絡もなく失踪する。
- ・ 問題を起こしたことの無い人が、酒を飲んだ上で喧嘩に巻き込まれる。
- ・ 交通事故を起こす。
- ・ 多額の借金をして、無謀な投資をして財産を失う。
- ・ 性的な逸脱行為に及ぶ。

□ 自殺に関連した性格・パーソナリティの傾向

性格傾向のうち、特に「孤立」に陥りやすい場合は注意が必要である。

(例：他人との接触を回避する場合、不安定な人間関係に陥り結果として孤立するパターンを繰り返している場合、他者との関係において陰性の感情を引き起こしがちな場合、そもそも関心すら払われない程情緒的な交流が難しい場合等)

※自殺に関連したパーソナリティの特徴

依存的、敵対的、衝動的、強迫的、抑うつ的、反社会的

4 自殺の危険の高い人への対応姿勢～TALKの原則～

Tell	はっきり言葉に出して「あなたのことを心配している」と伝える。
Ask	死にたいと思っているかどうか、率直に尋ねる。
Listen	相手の絶望的な気持ちを徹底的に傾聴する。
Keep safe	危ないと思ったら、まず本人の安全を確保して（一人にしない）、周囲の人の協力を得て、適切な対処をする。

□ Tell

「命は大切だ」「命を大切に」という言葉は、支援者が口にしがちな、もしかしたら“熱心な”人ほど口にしがちな言葉なのかもしれない。しかし、対応の場面で必要なのは「あなたのことが心配だ」「あなたが大切だ」というメッセージをはっきり声に出して伝えることである。

□ Ask

誰かが自殺を初めて口にしたり、死にたいと考えていると告白された時、多くの人は動揺する。そして、自分の声かけや対応の誤りが、引き金を引いてしまい、その人を自殺に追いやるのではないかと恐れる。その結果、死についての話題や自殺から注意を逸らそうとする試みを始めてしまうが、それは誤りである。

自殺の危険が高まったときにこそ、「自殺」や「死」について話題にする必要があり、それが大事なことだと考えているというメッセージを伝える。経験が少ないときには、「自殺や死のことを話題にすることが死にたいという切迫した思いを後押しするのではないか」という不安がつかまとうかもしれない。その場合、「自殺や死について話すことが自殺を引き起こすことは絶対はない」という自殺予防の専門家の共通した認識を思い出してほしい。むしろ、それを避けることの方が重大な結果（＝自殺行動）を招く危険が高まることを覚えておくべきである。

□ Listen

真に相手の話に聴きいって、その人のことを理解しようとするときには、こちらが言葉を差し挟む余地はない。その間に沈黙や思いをめぐらす時間があり、それは二人が交流していることの現れとして起こってくるだろう。傾聴には、ある程度の訓練が必要である。まずはしばらくの間（5分でも、10分でも）、その人と一緒にいる（＝様々な理由をつけて逃げ出さない）ことから始めると良いだろう。

□ Keep Safe

この項目にはいくつかの事柄が含まれる。まず、「本人の安全の確保」にはいくつかの方法があり、自殺の手段を遠ざけるための方法や、現在の自殺に強く関与する心理状態や精神状態を落ち着ける方法を検討する。その際、「自殺行動の階層モデル(p 1)」を参考にするとよい。より系統だった安全確保には、この自殺行動の階層モデルのほ

かに、自殺の危険因子の確認・分析が必要になる。次に、「周囲の協力を得ること」は、自殺の危険の高い人に対応する人が一人で抱え込まないようにすることを意味する。それは自殺の危険の高い人その人に求められることでもある。支援者が常に自ら周囲に援助を求めようとする態度を見ることにより、支援をされる人も、その人が本来とるべきあり方（周囲に援助を求めること）を学ぶだろう。最後に、この Keep safe には治療者・支援者自身も含まれる。そのときの決定が正しいのかどうか、周囲の人に助言や協力を求め、「協議した」結果に基づく判断なのかどうか問われる。特に今の時点でできるのはここまでだ、という限界を認識せざるを得ないとき、その判断が自分一人の考えによるものか、ほかの誰かに相談を行った上での結果なのかでは大きな違いがある。このような切迫した状況での相談は緊急にせざるを得ないことが多いが、本当に必要な時に助言を求められるような環境を普段から作っておくことと同時に、自分も他の支援者からの相談の求めに応じられるような体制・システムづくりをしておくことが望ましい。

出典 高橋祥友：自殺予防プログラムとは何か。新訂増補 青少年のための自殺予防マニュアル。高橋祥友編著。東京，金剛出版，29-45，2008。

5 参考：自殺企図が発生したその場での対応

- ① 自殺企図者（以下、「対象者」という。）のバイタルサインをチェックする。
必要な救急蘇生を行う。
 - ・ 情緒的にストレスや不安が増大するような状況である。
 - ・ 正しい判断ができるよう、冷静さを取り戻す。時計を見る。
- ② 救命に全力を尽くす。速やかに救急医療機関へ連絡する。
 - ・ 薬物等による中毒の場合、自殺企図時に使用された薬物や中毒物質の種類と摂取量を同定することが重要となる。未服用の薬物と空の薬包を救急医療機関に持っていく。
 - ・ 縊首の場合、発見したらまず体を支え上げる。直後であれば呼吸確保になる。大声で助けを求める。使用具（紐やベルト、帯など）を切り、結び目を残す。静かに床におろす。
 - ・ 刃物の使用の場合は、刺さっていれば抜かずに動かないように固定する。大声で助けを求める。衣服はハサミで切る。
- ③ 対象者と確実にコミュニケーションをとる。
 - ・ 相手をリラックスさせる。追い詰めることがないよう、共感的・友好的な姿勢で接する。
- ④ 対象者が感じていることを自由に話すことができるようにする。
 - ・ 対象者をどのように理解し、どのように助けるべきかという手がかりを把握する。
 - ・ 「今、どう感じますか？」などと、オープン・クエスチョン形式を心掛ける。
 - ・ 対象者のもつ自責感を考慮する。対象者が、それまでに経験してきた葛藤状況のために自責を感じている状況において、さらに自責感を募らせることがないように注意を払う。
 - ・ 責任を問う言葉や、対象者のとった行動への批判、あるいは対象者から聞いたことや遭遇した出来事へのいたずらな反発を避ける。
- ⑤ 医療機関への搬送ができなかった場合
 - ・ 再発の防止のために致死的手段の除去のためにあらゆる努力を行う。対象者が回復し、医療機関への相談を行うことができるように、家族や親しい友人が見守ることができるようにする。
- ⑥ メンタルヘルス支援システムへと繋ぐ。
 - ・ メンタルヘルス支援は必須。精神保健機関への紹介は、必要な身体的治療とは別途に必ず行う。
- ⑦ 対象者にとって重要な関係者がその場にいた場合
 - ・ 関係者は感情的に取り乱したり、混乱したり、怒ったり、あるいは状況に打ちのめされているかもしれない。対象者だけでなくその場の全員に気配りをし、共感し、細やかに行動し、その状況をサポートすることが求められる。もしも対象者の意識がない場合、あるいは障害の程度が重大な場合には、その場にいた関係者が重要な情報源になるかもしれない（服用した薬物や自殺企図の既往など）。

出典 「WHO 自殺予防:警察官, 消防隊員, および第一介入者として自殺・自殺関連行動に対応する人のための手引き」「患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方」を改変

6 家族への対応

(1) 基本的姿勢

- 傾聴……家族の言葉に耳を傾け、誠意をもって聴く。家族を評価しない。
- 共感と受容……家族の言葉や気持ちを認め、理解しようとする態度を示す。家族も本人と同様に苦悩を抱えている場合が多い。
- ねぎらい……家族が受診に付き添ったこと、家族が話したことやこれまで支援してきたことをねぎらう。
- 家族の苦しみに焦点をあてる……起きた出来事（自殺企図に関する事）の確認だけでなく、家族の苦しみや不安も話題として取り上げる。
- 協力・支援体制を一緒に構築する……自殺企図患者の治療に対して家族としても支援してく体制を考える。家族だけの負担ではなく医療機関も一緒に取り組む姿勢を伝える。
- 精神科治療やソーシャルワークなどの心理社会的介入が、本人の自殺の危険性を減らすことにつながることを伝える。

(2) 対応方法

- 家族の動揺を落ち着ける
治療者側がゆっくりと落ち着いて対応することで、家族も安心する場合が多い。家族も動揺している場合が多いため、まくしたてるように一気に説明することは避ける。
- 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。
- 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える。
- 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ソーシャルワークにつなげる。
- 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。

出典：「自殺未遂患者への対応 ～救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き～」(平成21年3月 日本臨床救急医学会)

IV 専門機関への紹介

自殺未遂者に精神科医療機関への受診や専門機関への相談を勧める場合、機関名と連絡先を伝えるだけに終わらず、以下のような積極的な働きかけが必要である。自殺未遂者は、心理的視野狭窄のため冷静で合理的な判断ができない状態や体調不良・意欲が低下した状態にある場合が多く、自ら専門機関に支援を求めるという行動がとれない事態もあるからである。

【相談を勧める際の留意点】

- 紹介先に電話を入れ、自殺未遂者本人の抱えている問題の概要を説明し、対応可能であるかを確認する、
- 先方が対応できる日時、担当部署名、担当者名等を確認し、必要であれば予約をする。
- 本人またはその家族に、相談機関名、電話番号、アクセス方法、相談対応日時、担当部署名、担当者名を確実に伝える。
※別添「福岡県内の相談窓口」参照（p21）
- 紹介した機関に相談した結果について、報告するよう本人またはその家族に依頼する。あるいは、こちらから紹介先に直接確認することを、本人または家族から了解をとっておく。
- 自殺未遂者の背景にアルコール依存症や不適切な飲酒行動を認めるものの、精神科医療機関の受診を希望しない場合は、本人の居住地近くの保健福祉(環境)事務所や保健所、精神保健福祉センターへの相談を勧める。保健福祉(環境)事務所等では、本人だけでなく、家族からの相談にも対応している。

出典：「長崎県自殺総合対策 相談対応のための手引き集 医療従事者用手引き～自殺未遂者への支援の方法～」を改変

【一般科外来診療のみで帰宅となる場合の留意点】

自殺未遂者を帰宅させる場合は、精神科医療機関（かかりつけ医が精神科医療機関の場合はかかりつけ医）へ紹介することが望ましい（近隣に精神科医療機関がない場合には、本人、家族と帰宅後のケアについて具体的に話し合う必要がある。）

- 拒否が強く入院の説得に応じない患者であっても、帰宅間際に再度入院を促してみる。
- 原則として単独で帰宅させない。身元不明者は警察に必ず連絡する。
- 家族等には、帰宅後も本人から目を離さないように要請し、できるだけ早く（当日、翌日が望ましい）精神科医療機関を“家族同伴”で受診するよう勧める。

- 院内に常勤の精神科医がいる病院では、日中はもちろん、夜間・休日でもできる限り精神科医の診察を依頼し、精神科医が直接診察することができない場合は、電話等でアドバイスを求める。
- かかりつけ医の有無に関わらず、受診に至る経過と処置に関する内容を簡潔に記載した診療情報提供書を作成して、本人に持たせる。
※精神科紹介時のスクリーニング・シート（p 7, 8）等を活用する。
- 精神科医療機関へは、医師や看護師等が直接連絡するよう努める。身体所見の重症度、病歴、治療経過、自殺の危険性、家族の支援状況、本人の受診の意思などを伝える。紹介にあたっては受診予定の日時等を確認して、その上で情報提供書を作成することが望ましい。また、夜間等で医療機関に連絡がとれず帰宅させる場合でも、紹介先の精神科医療機関や、受診日、受診時間、受診形態（家族同伴など）を具体的に話し合うことが望ましい。

出典：「自殺未遂患者への対応 ～救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための
の手引き～」（平成21年3月 日本臨床救急医学会）

V 参考資料

○福岡県内の相談窓口

○福岡県精神科救急医療システムの概要

○ 福岡県内の相談窓口

自殺予防

- ふくおか自殺予防ホットライン **092-592-0783**
- 福岡いのちの電話 **092-741-4343**
- 北九州いのちの電話 **093-671-4343**
(11時から24時間年中無休)
※福岡・北九州のいのちの電話は、毎月10日00時～翌11日00時 プリータイム 0120-738-666
- 北九州市自殺予防こころの相談電話 **093-522-0874**
(月～金/9:00～17:00)
- 福岡市自殺予防相談 **092-737-1275**
(月～金/10:00～16:00)

うつ病など、心の病に関する悩み、
アルコール・薬物・ギャンブルなどの依存症・
ひきこもり・不登校など青少年の心の悩み

窓口により相談内容が若干異なります。

- #### ■福岡県
- 福岡県精神保健福祉センター **092-582-7500**
(月～金/9:30～17:15)
 - 各保健福祉(環境) 筑 紫 **092-513-5585**
事務所 粕 屋 **092-939-1185**
(11時から19:00～17:15) 糸 島 **092-322-3326**
宗像・遠賀 **0940-36-2473**
嘉穂・葦手 **0948-21-4875**
田 川 **0947-42-9307**
北 筑 後 **0946-22-3965**
南 筑 後 **0944-72-2176**
京 築 **0930-23-2966**

- #### ■福岡市
- 各区保健福祉センター 東 区 **092-645-1079**
精神保健福祉係 博 多 区 **092-419-1092**
(11時から19:00～17:00) 中 央 区 **092-761-7339**
南 区 **092-559-5118**
城 南 区 **092-831-4209**
早 良 区 **092-851-6015**
西 区 **092-895-7074**

- #### ■大牟田市
- 大牟田市保健所(福祉課) **0944-41-2663**
(月～金/9:30～17:15)

- #### ■久留米市
- 久留米市保健所(保健予防課精神保健チーム) **0942-30-9728**
(月～金/9:30～17:15)

- #### ■北九州市
- 北九州市立精神保健福祉センター **093-522-8729**
(月～金/9:30～17:15)



福岡県内の

- 各区高齢者・障害者相談コーナー **門司区 093-321-4800**
(11時から18:30～17:15)
- 小倉北区 **093-582-3430**
- 小倉南区 **093-952-4800**
- 若 松 区 **093-751-4800**
- 八幡東区 **093-671-4800**
- 八幡西区 **093-642-1441**
- 戸畑区 **093-881-4800**

心のなやみ・心の健康

- #### ■心の電話
- 福 岡 **092-821-8785** (月～金/13:00～17:00, 土日)
 - 北 九 州 **093-671-4343** (24時間年中無休)
 - 筑 豊 **0948-29-2500** (月～金/18:00～21:00, 土日)
 - 筑 後 **0942-36-1313** (月～金/13:00～16:00, 土日)
- #### ■心の健康相談電話 **092-582-7400**
- (月～金/9:00～12:00, 13:00～16:00)

自死遺族

- リメンバー福岡自死遺族の集い **092-737-1275**
問い合わせ先/福岡市精神保健福祉センター (月～金/10:00～16:00)
- 福岡県精神保健福祉センター **092-582-7500**
(月～金/9:30～17:15)
- 北九州市立精神保健福祉センター **093-522-8729**
(月～金/9:30～17:15)

犯罪・人権・性暴力

- ミズ・リリーフ・ライン(犯罪被害者の心のケア)福岡県警 **092-632-7830**
(月～金/9:00～17:00)
- 福岡犯罪被害者総合サポートセンター **092-735-3156** (北九州窓口) **093-582-2796**
(11時から19:00～16:00)
- 犯罪被害者ホットライン(福岡地方検察庁) **092-734-9080**
(11時から19:00～17:00)
- 福岡県警察安全相談コーナー **#9110 [092-641-9110]**
(24時間対応)
- 福岡法務局
 - みんなの人権110番 **0570-003-110**
 - 子どもの人権110番 **0120-007-110**
 - 女性の人権ホットライン **0570-070-810**
(11時から19:30～17:15) ※お近くの法務局に異なります。
- 性暴力被害者支援センター・ふくおか **092-762-0799**
(平日午前9時から午後、毎週10:00～24:00)

多重債務

- 福岡県消費生活センター **092-632-0999**
(月～金/9:00～16:00, 日/10:00～16:00)

*相談はすべて祝日・年末年始は休み(24時間相談はのぞく) *上記内容は平成27年8月1日現在の情報です。相談内容や日時などは変更と

相談窓口のご案内

- 北九州市立消費生活センター 093-861-0999
(月～土/9:30～18:45, 第3土曜は15:00まで)
- 福岡市消費生活センター 092-781-0999
(月～土/9:00～17:46, 第2・4土/10:00～18:00)
- 久留米市消費生活センター 0942-30-7700
(月～金/9:20～17:00, 月曜休館)※9:20までは電話相談のみ
- 法テラス(日本司法支援センター)

- | | |
|--|--|
| 情報提供
<small>法テラスで
相談窓口等のご紹介</small> | ○法テラス福岡 050-3383-5501 |
| | ○法テラス北九州 050-3383-5506
<small>(いずれも月～金/9:00～17:00)</small> |
| 無料法律相談
<small>※予約
制(無料)</small> | ○法テラス福岡 050-3383-5502 |
| | ○法テラス北九州 050-3383-5506
<small>(いずれも月～金/9:00～17:00)【予約予約の受付時間】</small> |
- ※収入目安が一定基準以下の方が対象

福岡県弁護士会法律相談センター(多重債務相談無料)

- | | |
|-------------|-------------|
| 天神弁護士センター | 久留米法律相談センター |
| 北九州法律相談センター | 飯塚法律相談センター |

等18箇所の法律相談センターにて、多重債務相談を無料で受け付けております。

予約番号は→0570-783-552(ナヤマココニ)

- 福岡財務支局(多重債務相談窓口) 092-411-7291
(月～金/9:00～12:00, 13:00～17:00)
- 日本クレジットカウンセリング協会福岡センター
(相談・カウンセリング無料) 0570-031640
(月～金/10:00～12:40, 14:00～18:40)
- グリーンコープ生活再生 福岡 092-482-7788
相談室(相談・貸付) 北九州 093-512-6670
(いずれも月～土/9:30～18:00)
筑後 0942-36-8877
筑豊 0949-29-5888
- 福岡県司法書士会(ベッドサイド法律相談窓口)
(月～金/10:00～16:00) 092-722-4131

労働上の問題 (解雇、労働条件、いじめ、セクハラ等)

- 福岡県労働者支援事務所 福岡 092-735-6149
北九州 093-592-3516
筑後 0942-30-1034
筑豊 0948-22-1149
(いずれも月～金/9:30～17:15, 水のみ20:00まで, 水が祝日の場合は要相談)
- 福岡労働局総合労働相談コーナー 福岡労働局 0120-601-025
(※電話番号・FAX・FAX電話からの利用はできません)
092-411-4764
福岡中央 092-761-5607
福岡東 092-661-3770
北九州西 093-622-6550
北九州東 093-561-0881
門司 093-381-5361
行橋 0930-23-0454
(いずれも月～金/9:00～18:45)

る場合がございます。詳しくは各相談機関にお問い合わせ下さい。

- 久留米 0942-33-7251
- 大牟田 0944-53-3987
- 八女 0943-23-2121
- 飯塚 0948-22-3200
- 直方 0949-22-0544
- 田川 0947-42-0380

就労の悩み相談 (40歳未満を対象)

若者サポートステーション

(予約受付:月～金/10:00～17:00)※予約に基づき個別相談は土曜日も実施

- 福岡 092-739-3405
- 北九州 093-512-1871
- 筑後 0942-30-0087
- 筑豊 0948-26-6711

DV(配偶者・恋人からの暴力)

- 福岡県配偶者暴力相談支援センター
(いずれも月～金/9:30～17:00)
筑紫 092-584-0052
粕屋 092-939-0511
糸島 092-323-0061
宗像・遠賀 093-201-2820
0940-37-2880
嘉穂・葦子 0949-22-4070
0948-29-0071
田川 0947-42-4850
北筑後 0942-34-8111
0946-24-5780
南筑後 0943-23-7520
0944-73-3200
京築 0930-23-2460

- 配偶者からの暴力相談電話(東洋・林邸) 092-663-8724
(月～金/17:00～24:00, 土・日・祝/9:00～24:00)
- 北九州市配偶者暴力相談支援センター 093-591-1126
(月～金/10:00～20:00, 土・日/10:00～17:00)※本館は17:00までの受付のみ/不実施
- 福岡市配偶者暴力相談支援センター 092-711-7030
(月～金/10:00～17:00, 土/10:00～20:00)
- あすばる相談室(福岡県) 092-584-1266
(9:30～17:00, 毎月15:00～20:30も相談可)

ひとりで悩まずに
お電話ください。



○福岡県精神科救急医療システムの概要

1 目的

夜間及び休日の昼間において、精神疾患の急発・急変により速やかな医療を必要とする者に対し、迅速かつ適切な医療及び保護を行うことを目的とし、情報センターの専用電話で相談を受け、輪番制の当番病院で受け入れる体制をつくる。

2 対象者

- (1) 精神障害のために、自傷他害のおそれがあると推定される者
- (2) 自傷他害のおそれはないが、速やかな精神科受診が必要と推定される者
※速やかに精神科受診が必要と推定される場合
 - ・幻覚、妄想による奇異な行動を認め、支離滅裂で了解不能な状態
 - ・興奮、落ち着きのない状態
 - ・強度の不安・抑うつ・焦燥状態、せん妄、昏迷状態

3 非対象者

アルコール酩酊者、身体合併症優先者、覚せい剤使用者（*）

*ただし、精神症状がある場合は以下のとおり対応する。

○当番病院で受け入れ、その後、専門拠点病院で受け入れる。

○刑事事件となることが想定される場合は、措置は警察に委ねる。

4 情報センターによる振り分け

- (1) かかりつけ医の受診を指導する（治療の継続性を尊重するため）
- (2) 速やかな精神科受診が必要と判断される場合

当番病院を紹介

- (3) 速やかな精神科受診を要しないと判断される場合

医療機関、精神保健福祉センター、電話相談窓口（「心の健康相談電話」「夜間・休日精神科相談ダイヤル」）等を紹介

例) 通院中の医療機関がある場合→平日に通院中の医療機関へ

通院中の医療機関がない場合→平日に精神科又は神経科の医療機関へ

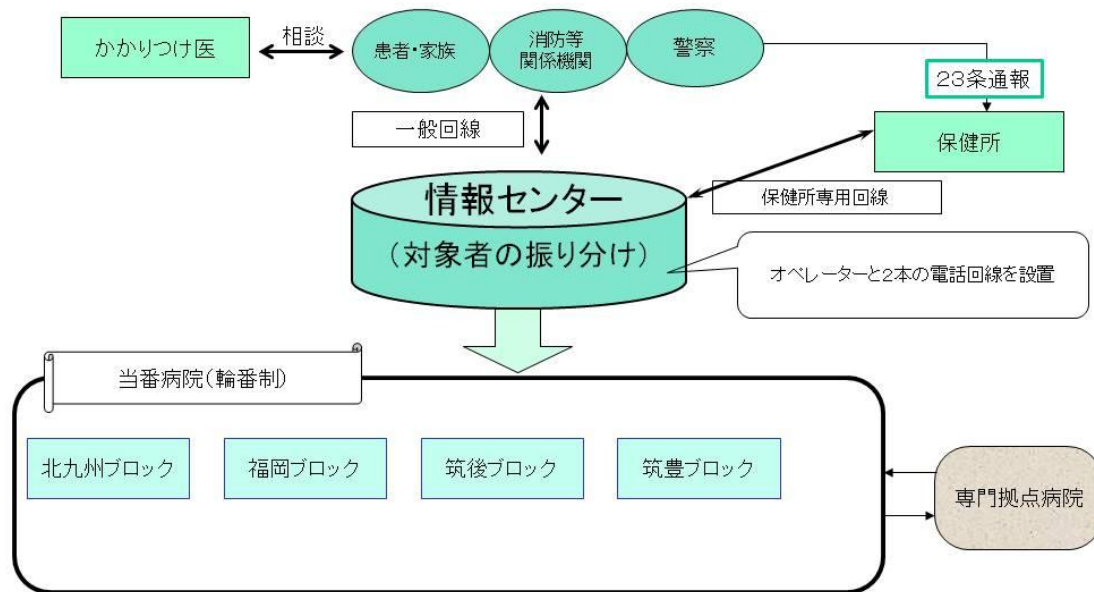
平日に保健所もしくは精神保健福祉センターの精神保健相談へ

5 システムの稼働時間

夜間：午後5時から翌日午前9時まで

休日：午前9時から午後5時まで（*休日：土曜、日曜、祝日、年末年始、盆）

※福岡県精神科救急医療システムフロー図



平成27年10月 発行

作成 福岡県保健医療介護部健康増進課こころの健康づくり推進室
福岡大学病院

協力 産業医科大学病院・久留米大学病院・聖マリア病院