

# 自殺予防

警察官, 救急隊員, および第1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



**World Health  
Organization**

## 自殺予防

:警察官, 消防隊員, および第1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

監訳 河西千秋

横浜市立大学医学部精神医学教室

Translation and supervision: Chiaki Kawanishi

Department of Psychiatry

Yokohama City University School of Medicine

本書は、世界保健機関(World Health Organization: WHO)から2009年に刊行された、*Preventing suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders* の日本語翻訳版です。

© World Health Organization 2009

The Director-General of the World Health Organization has granted translation rights for an edition in Japanese to Yokohama City University School of Medicine, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan which is solely responsible for the Japanese edition.

発行(初版) First publish	2011年5月 May, 2011
訳 Translated by:	河西千秋 Chiaki Kawanishi 山田朋樹 Tomoki Yamada 岩本洋子 Yohko Iwamoto
発行者 Publisher:	横浜市立大学医学部精神医学教室 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9 電話:045-787-2667 Fax:045-783-2540 Department of Psychiatry Yokohama City University School of Medicine 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan Tel:+81-45-787-2667 Fax:+81-45-783-2540

*Preventing suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders*の日本語翻訳版、「自殺予防:警察官,消防隊員,および第1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」の著作権は、横浜市立大学医学部精神医学教室に帰属します。本著作の複写・転用に際しては訳者にご連絡ください。

## 目次

本書について	5
はじめに	7
自殺に関する事実とその姿・かたち	9
精神障害	9
自殺の意図	10
過去の自殺企図	10
銃、農薬、あるいは他の自殺手段へのアクセス性	10
性別	10
年齢	11
心理社会的ストレス	11
警察官、救急隊員、その他の第1介入者の役割	12
危険性の把握	12
法律に関する知識	12
非同意入院	13
致命的な自殺手段へのアクセスの制御	13

自殺にいたるような家庭不和や復讐心	.....	13
警察官による精神保健サービスへの相談	.....	14
殺傷能力のある武器による自殺	.....	14
自殺に傾いている人への支援	.....	16
自殺企図が発生した時の対応	.....	19
自殺の事後対応	.....	21
第1介入者に対する職場内支援	.....	22
トレーニング	.....	23
引用文献	.....	25

## 本書について

自殺は、世紀をまたがり哲学者や神学者、医師、社会学者、あるいは芸術家たちの関心を引きつけてきた複雑な事象です。フランスの哲学者であるアルベール・カミュは、彼の著作「シーシュホスの神話」の中で、自殺は唯一深刻な哲学的問題であると述べています。

自殺は、私たちが意識を傾注すべき重要な公衆衛生学上の課題です。しかしながらその防止や制御は、決して簡単なことではありません。最新の研究では、自殺予防は実行可能ではあるものの、そのためにはありとあらゆる活動がなされなければならないということが示されています。それは、子どもや、若者たちのために可能な限りの良い環境を提供することから始まり、精神疾患の効果的な治療や、自殺の危険因子に対して環境調整を行うことも含まれます。的確な情報を普及させ、啓発を行うことも、自殺予防プログラムを成功させる上での主要な要素となります。

1999年に、世界保健機関(WHO)は、自殺の防止のための世界的な事業、SUPRE に着手しました。この小冊子は、特に自殺の防止に関わる地域や専門のグループのために準備された一連の SUPRE の資料のひとつであり、さらに改訂を加えられたものです。この改訂版は、継続的に行われている世界保健機関と国際自殺予防学会(International Association for Suicide Prevention: IASP)との共同作業による成果物であり、保健福祉専門家や教育者、行政機関、政府、立法機関、司法、報道機関、家族、地域のコミュニティーを含む人々の広範で多様なつながりを提示するものとなっています。

私たちは特に、この小冊子の最初期版を準備してくださった Heather Stuart 教授(カナダ、キングストン、Queen's University)と Victor Aparicio 博士(WHO アメリカ・パナマ地域精神保健アドバイザー)に感謝したいと思います。その後の精細な作業は、Heather Stuart 教授が行いました。

私たちは、校訂にあたった、WHOの国際的な自殺予防のネットワークに関わる以下のメンバーに感謝します:

Sergio Pérez Barrero博士(キューバ、グランマ、Hospital de Bayamo)

Lourens Schlebusch教授(南アフリカ、ダーバン、University of Natal)

Morton Silverman教授(アメリカ、University of Chicago)

Jean-Pierre Soubrier教授(フランス、パリ、Groupe Hospitalier Cochin)

Lakshmi Vijayakumar博士(インド、チェンナイ、SNEHA)

Danuta Wasserman教授(スウェーデン、ストックホルム、National Centre for Suicide

Research and Control)

私たちはまた、助言をいただいた以下の専門家に感謝します。

河西千秋准教授(日本、横浜市立大学)

中根秀之教授(日本、長崎大学)

Camilla Wasserman氏(アメリカ、ニューヨーク、Columbia University)

WHOは、この小冊子の作成に際し、日本政府から経済的支援をいただいたことに感謝します。

この冊子が、今後広く配布され、効果を発揮するためには、それぞれの地域にあったかたちで翻訳され受け容れられていくことが望ましいと考えます。これらの資料に対するご意見や、翻訳・翻案の申し込みを歓迎します。

Alexandra Fleischmann, 研究員  
Evidence, Research and Action on Mental and Brain Disorders  
Department of Mental Health and Substance Abuse

## はじめに

自殺は、その多くが予防可能であり、重大な公衆衛生学上の課題である。自殺の背景には、その20倍以上の自殺未遂がある。家族や友人が自殺によって受ける強い衝撃は、何年も続くだろう。

メンタルヘルス不調者、情緒的な問題を抱えた個人、物質依存症者、そして自殺に傾く人に接する警察官・救急隊員や他の関係者は、重大なメンタルヘルス問題の症状や兆候についてあまり訓練を受ける機会がなく、自殺関連行動への適切な対応法などについてあまり知識をもっていない。

警察官、救急隊員、およびその他の関係者が、自殺の危険などのメンタルヘルスの危機的状態に際して動員される機会が増えている。したがって、これらの人々は、地域自殺対策において重要な役割を担っている。具体的には、精神疾患をもつ人の適切な受療を確保したり、自殺の危険性の高い人から自殺手段を除去したり、あるいは家庭内のトラブルなど、殺傷能力のある道具が使用され得るような状況において、自殺の危険を認識することができる。

警察官・救急隊員などが所属する各機関は、精神障害の症状や兆候を認識したり、自殺の危険性を同定したり、地域の精神保健に関わる法律やその運用を理解するための適切な訓練を受けることによって、あるいは、精神保健や、自殺の危機に関する活動の支援や、健康やケアの推進に必要な組織間の連携構築の支援を行うことによって、地域における自殺防止対策を支援できる。

この小冊子は、自殺に傾く人を含め心理的ストレスを抱えた人に最前線で関わる警察関係者、救急隊員、およびその他の関係者のために書かれたものである。これらの人々は、自殺既遂、あるいは自殺念慮、自殺未遂のような自殺関連行動が生じるような状況にしばしば最初に関わることになる。これらの人々は、このような迅速かつ効果的な介入が必要とされるような状況の中で働くので、first interveners(第1介入者)、あるいは、first responders(第1対応者)と呼ばれる。ここには、法医学専門家や宗教家、あるいは雇用主のように、自殺者の遺族や友人と最初に関わりをもつ人々も含まれるだろう。

この小冊子では、地域精神保健という幅広い領域の中で自殺を扱い、地域自殺対



策として活用可能な、本質的かつ重要な活動を提示する。

なお、この小冊子では拘置所や刑務所内の自殺予防は扱わない。また、自死遺族の自助グループのことも扱わない。これらは、別の冊子が発行されているので参照されたい(文献1、2)。プライマリ・ケア医、プライマリ・ヘルスケア従事者、カウンセラー、教師、メディア関係者、あるいは勤労者向けの冊子も、この一連の冊子の中に含まれている(文献3-8)。

## 自殺に関する事実とその姿・かたち

自殺と自殺未遂は、主要な公衆衛生上の課題である。毎年、およそ100万人の人が自殺で死亡していると、世界保健機関(World Health Organization: WHO)は概算している。これは、毎分約1人、毎日約3000人が自殺をしているということになる。そして、自殺未遂は約3秒ごとに生じていることになる。自殺者の数の方は、戦争や、自動車事故で死亡する数よりも多いのである。

多くの国々で、自殺は15-24歳の若者の死亡原因の3位以内に、そして全死亡原因の中で上位10位以内に位置している。世界的にみて、この半世紀で自殺率が60%増加している。1人の自殺の背景には、10-20倍、あるいはそれ以上の自殺未遂が生じている。

自殺は、複雑で複数の因子の交互作用による結果であり、その主要内容について次に説明をする。

### 精神障害

自殺者の多くは(調査・研究により65-95%の幅があるが)、精神疾患を抱えていたことが国際的に知られている。精神疾患をもつ人は、もたない人より自殺の生じる危険性が約15倍高い。なお、アジア諸国でももちろん精神疾患は自殺の危険因子ではあるものの、「衝動性」の関与がより強いという調査もある。

自殺の危険性は、特に精神疾患の急性期、退院直後、あるいは精神保健サービスとの接触直後という状況と関連している。退院後に自殺をした人のほぼ半数は、退院後初回の外来受診の前に自殺をしている。自殺既遂者の約25%は、その死の1年以内に、精神保健機関と接触していたと報告されている。自殺と特に関連性の強い精神疾患には、うつ病、物質依存症、統合失調症、そしてパーソナリティ障害が含まれる。物質依存症とパーソナリティ障害は男性により多く、うつ病は女性により多い。自殺を既遂した人には、複数の精神障害を抱えていた人が多い。たとえば、アルコール乱用を伴ううつ病が自殺者の3分の2を占めている。精神疾患、物質乱用者(アルコール乱用を含む)は自殺の最も強い危険因子であり、これを同定し治療につなげることが最も重要な自殺予防方略の一つとなる(文献9)。

## 自殺の意図

明確な死の意思もまた、その後の自殺の強い予測因子である。自殺の意思には、現実的で、自殺手段の選択をするなど詳細な計画性に基づくものから、計画性がないもの、自殺企図行動を隠し切れなかったといった意図が不明確なもの、あるいは、自殺の意図に関する両価的な感情を示すものまで幅がある。もしある人が自殺の意図を明確に表明し、すぐに実行する計画があり、そして自殺手段を利用しやすい状況にあれば、それは危険性が高いということの意味する(文献10)。希死念慮は、1日のうちで、数時間以内に、あるいはそれよりも短時間のうちに変動する。自殺予防対策として、自殺危険性の定期モニタリングを導入する際には、そのことを知っておく必要がある。

## 過去の自殺企図

過去に自殺未遂をした人は、その後に自殺が生じる頻度が高く、特に、自殺未遂から1年以内が危険である。自殺未遂は、自殺の強力な予測因子の一つである。およそ、自殺者の半数に、自殺未遂の既往がある。そして4分の1が、死の1年以内に自殺未遂があると報告されている。このように、自殺の危険性は継続する。過去の自殺未遂は、それが何年も前のことであっても、自殺の重要な予測因子とすることができる。

## 銃、農薬、あるいは他の自殺手段へのアクセス性

銃や農薬の誤った使用は即座に死をもたらすものである。したがって、もしもこれらがいつでも使用できる状況にあって、あるいは、自殺念慮を示したり、過去に自殺未遂の既往がある人がそこにいたとしたら、小銃やライフル、農薬へのアクセス性を管理することが重要となる。さらに、治療のために服用している薬物(向精神薬を含む)、あるいは農薬のような毒性物質についても同様である。このような自殺手段へのアクセス性を制限することが、自殺対策の1つの重要なポイントとなる(文献9、11)。

## 性別

さまざまな国で、住民の10-18%が人生のどこかで自殺念慮を抱いたことがあり、3-5%が自殺未遂の経験がある。女性は男性よりも自殺念慮の経験が多く、自殺未遂

の経験も2-3倍多い。しかしながら、男性の方が自殺は多い。それは、男性はおおにしてより暴力的で致命的な手段をとるからである(文献9)。

## 年齢

自殺は、どのような年齢でも生じるが、多い年代というものがある(文献9)。たとえば、15-24歳の若者の世代と、75歳以上の老人が、最も自殺の危険性が高い。10歳の子どもに自殺が生じることもあるが極めてまれであり、全体の1%以下である。

## 心理社会的ストレス

自殺・自殺関連行動に関与するような心理社会的ストレスは、複合的で、しばしば相互的である。これには、死別や離別による親密な関係性の喪失や、失業や仕事に関連した喪失、慢性の病気や障害、慢性疼痛、法的な問題、人間関係の葛藤状況、そしてその他の主要な人生の出来事が含まれる。離婚や別居をした人は、実際に婚姻関係にある人よりも自殺念慮をもつ頻度が2-3倍高く、自殺企図が生じる頻度が3-5倍高い(文献12)。

## 警官、救急隊員、その他の第1介入者の役割

精神的な危機を抱えた人々に最初に対応する警察官、救急隊員、およびその他の関係者は、地域自殺予防対策の重要な構成員である。例えば、警察官は、常に「街角のメンタルヘルス対応者」としてその役割を果たしているといえる。また、警察官は、日常業務において精神障害をもつ犯罪者と密に関わることがある。

自殺予防の究極の目的は、自殺による死を減らす事だが、しかしながら、自殺企図の数や、自殺企図によって生じる身体の障害の重症度を下げて行く事も、同じように大切なことである。精神障害や物質関連障害に苦しんでいる人々に適切な治療を提供することや、自殺の手段に容易にアクセスできないように制御をする事は、それぞれ非常に効果的な自殺予防の要素である。警察官、救急隊員、消防士など、現場で自殺予防に関わる人々は、以下に挙げるような知識と方法によって、自殺対策において重要な役割を果たす事ができる。

### 危険性の把握

精神障害者や犯罪者に向かい合う時は、自分自身に害が及ぶ可能性や、他者に害が及ぶ可能性とともに、その人自身が自殺を企図する可能性にも注意を払う必要がある。現場では、まず物理的に良好な視界を確保し、身動きがとりやすいように十分なスペースを確保したい。

### 法律に関する知識

第1介入者は、精神医療や救急医療への仲介者となる機会が多い。しかし、実際には、仲介をしたとしても対応してもらえないまでに非常に長く待たされたり、入院ベッドが見つからないことで落胆させられる事がよくある(文献13)。早期に介入する人は、精神保健に当事者をつなぐ役割を効果的に行うために、当該地域の精神保健に関する法(これは地域ごとに異なる)と、本人の許可を得なくても実施可能な評価・治療の許容範囲への理解が必要である。それと同時に、どのように地域精神保健システムが管理・運用されているのかということ、利用可能な社会資源とともに理解しておく必要がある(文献14)。緊急時に介入を行う人を十分にサポートするためには、紹介システムそのものが効

率化されなければならない。そのためには、関係者間の協調と協力が不可欠である。精神障害を合併した犯罪者のような、自殺の危険性を有する人に適切に対応するためには、犯罪司法制度における精神医学的評価と治療の提供に関連する法の理解も重要である(文献15)。

## 非同意入院

警察官は、医学的、ないしは精神医学的な評価や治療に最もアクセスしやすい存在だという理由で、重要な第1介入者だと考えられる。警察官は、対象者を検挙して拘置するか、精神医学的な評価・治療を目的に地域の救急医療施設に送致すべきかどうかを任意に決定する事が出来る。警察官は、多くの場合、精神疾患に苦しむ人や、自傷・他害のおそれのある人を精神保健に関する法の下に入院させる過程において法的権限を有している(文献14)。

## 致死的な自殺手段へのアクセスの制御

自殺手段へのアクセスを制限することは、警察官、救急隊員など第1介入者が行う重要な自殺対策の一つである。例えば、拳銃を容易に入手できなくすることで自殺率は下がる。家庭内に銃があることで自殺の危険性は上昇するのだ。特に、家庭内暴力がみられるような状況では、自殺や、他殺と自殺の連鎖を高めてしまうことがあるので、そのような状況も含めると銃規制は一層重要なのだ。

第1介入者は、自殺のリスクが高い家族をもつ人に対して助言を行い、危険物を回収したり、遠ざけて管理したり、致死性のある薬物については手元に必要最低量だけを置くようにするといった事柄を理解させることができる。このように、第1介入者は、致死性の高い手段(例えば薬物、農薬、その他の毒性物質など)のアクセスへの制限を進めることができる立場にある(文献9、11)。

## 自殺にいたるような家庭不和や復讐心

第1介入者は、銃器により自殺を企図する一群について特別な知識をもっていなければならない。これらの人は、多くの場合男性であり、ショットガン、ライフルなど家庭内で使用可能なものを用いて自殺を図る。多くが家庭内の不和の増大とともに起こり、長年に

わたるアルコール乱用があり、互いの口論が契機となり銃が使われることになる。

自殺は、あからさまな復讐行為として行われる事もある。特に、裁判によって特定の人との接触が禁止されたり、子どもの養育権に関する対立に際して起こりやすい。銃が脅しに利用されたり、状況によっては殺人→自殺がおこるかもしれない。罪を犯した人は、しばしばその後長期にわたり人格面での問題を抱え続け、法に抵触するなどして地域の警察官や救急隊員の間でよく知られた存在となっていく。もし、彼らが自殺を図り、未遂に終わって入院したとしても、自分を撃ったことは偶発的であったと言い、たとえ多くの反証があったとしてもそう主張するであろう。このような場合、銃器の使用を決して単独の暴力行為とみなすべきではない。これは、家庭内で繰り返し発生したさまざまな出来事を背景とした一連のものであり、殺人はその頂点で生じたものだと考えるべきである。このような人の多くは、警察官や地域の保健従事者などによく知られているので、自殺関連行動が生じたとしても、早期の身元確認や、物質乱用に関する適切な介入、そして自宅からの銃器の除去などを行うことができれば、自殺の危機を回避し得る可能性が高い。

### **警察官による精神保健サービスへの相談(警察官経由の精神保健サービスの利用)**

警察官経由の精神保健サービスの利用の根底にある考え方は、犯罪審判の過程において、精神科的治療が必要とされる人を可能な限り速やか同定し、審判過程から一旦外し、適正な精神保健サービスの提供へと振り替えることにある。警察官はこれを履行し、精神疾患に基づく行為が不適切に犯罪とみなされぬように、より一層の注意をはらわなければならない。

この精神保健サービスの導入の第一の目的は、警察官が地域の精神保健プログラムに直接相談し、不要な逮捕・拘留を避ける事にある。このシステムがうまく機能するということは、つまり、地域の統合的な精神保健サービスが警察官をサポートできるということにもつながる。そのためには、警察と精神保健機構との間で密接な業務上の提携がなされている必要がある(文献15)。いくつかの国や地域では、緊急対応部門が設立されており、精神障害を有する犯罪者の精神医学的評価のための相談依頼に関する障壁が取り除かれている(文献16)。

### **殺傷能力のある武器による自殺**

警察官が、警察官自身やそこにいる一般市民を守るために銃を使用せざるを得ない状況があるが、これは、想定されるさまざまな危機的状況の中でも警官にとって最も

困難なもの一つである。このような銃器による死亡は、「警官の幫助による自殺」とか「警官の手を借りた自殺」などといわれており、警察官が関与する発砲全体の10%から40%以上の割合を占めると推測されている(文献13)。このようなことから、重度の精神障害者がとり得る行動上のサインや症候を特定できるようにすること、そして地域の関係機関で作成した危機管理ガイドラインを活用することが、危機的状況を収め、致命的な結果を低減させる助けとなる。



## 自殺に傾いている人への支援

自殺に傾く人々は、絶望と抑うつをしばしば訴える。彼らは、自殺を、彼らの問題を解決することのできる唯一の手段であると考え、自殺をすることで苦悩から逃れようとする。自殺を予想することは困難であるが、最終的に自殺に至る多くの人は、死の数週間、ないしは数ヶ月前に、多かれ少なかれ自殺の意図について何らかのサインを示している。これを、決して他愛のないことなどと済ませてしまうことなく、支援を求める声として、重大に取り扱わなければならない。危険を知らせる兆候には、次に示したように行動を伴うものと言語的なものがある(文献12、17)。

- 引きこもってしまい、友人や同僚と関わるできない
- 孤立や孤独を語る
- 失敗感や無力感、失望を表す。あるいは自己評価が低い
- 常に解決できないような問題にこだわっている
- 組織における支援がなく、信頼関係が欠如していることを表す
- 身辺整理について語る
- その他、自殺の計画に関する言及

もし彼らに自殺の意思について尋ねたとしたら、自殺を遂行する手段・方法について明確に考えていたり、あるいは計画をしていることがわかるかもしれない。彼らの自殺に関する考えや計画性の程度を知ることは、自殺の危険性の評価の要件となる。いつ、どこで、どのように、なぜ自殺しようとしているのかということを探ね、情報が得られれば、自殺の計画がどこまで具体的に計画されているのかわかるし、彼らが死ぬことに対して両価的なのかどうかを知る手掛かりとなる。

自殺に傾いている人で危険な兆候を示している人に以下のようなことがあれば、さらに自殺のリスクは高い。

- 最近、親しい人を失った
- 解雇、早期退職、降格、その他、職場の変化を含む労働環境の変化
- 健康状態の変化
- アルコールや物質・薬剤乱用行動の増悪
- 自殺関連行動や自殺企図の既往、その家族歴
- 抑うつ状態にある

自殺に傾く人に対応する、警察官、救急隊員、およびその他の第1介入者は、以下のよう  
な支援を提供し得る特別な立場にある(文献12、17)。

- 精神科救急の対象として、自殺に傾注している状況を含む、あらゆる事柄に対応する。自殺念慮やその素振りを、決して他愛のないこと、あるいは、他人を振り回すだけの行為などに見なしてはいけない。
- 現場を整備しつつ、自分自身と帯同している人の安全を確保する。
- 空間を確保し、相手に安易に近づき過ぎないようにする。急に移動をしたり、現場に人を入れようとする、そのことが相手の誤解を呼ぶ可能性があるため注意が必要である。
- 状況を受け容れ、心配しているのだということを表現する。説教や議論をしたり、問題を解決してみせようとしたり、安易な助言や「そんなことは忘れなさい」などと言うことはしない。心配していると伝えること、理解を示していると伝えることこそが重要である。
- 相手の関心をこちらに引き込み、相手に話をしてもらえるように仕向ける。自殺に傾いているほとんどの人は死に対して両価的である。相手に自殺の危険があるのであれば、自殺をするつもりなのかどうかを尋ねてみる。そのことが彼らを死の淵に追いやることにはならず、むしろ安心感を与え、解決への出発点となる。自殺念慮から危険性を評価するために、相手が自殺を計画しているのかどうか、致命的な手段にアクセスしているのかどうか、あるいは、行動をおこすタイミングを決めているのかどうかについて尋ねる。
- 致命的な手段へのアクセスを遮断する。特に銃器、中毒性物質(多量の向精神薬や農薬)
- 速やかに、精神科治療を適切に受けられることができれば、自殺を回避できる可能性がある。もしメンタルヘルス不調に該当するような人がいたなら、医療施設での精神科診断・治療が確実に実施されるような対応を速やかに行う。もしもメンタルヘルス不調に該当していないとしても、やはりメンタルヘルス対応や物質依存症治療に迅速につなぐことが重要な場合がある。メンタルヘルスに問題をもつ人の多くは、自殺について両価的であり、治療を受けることに応じる可能性がある。予め地域の病院、地域精神保健機関、物質依存症ケア関連施設との連携体制を構築しておくことで、つなぎのプロセスが容易となるだろう。
- 相手が、確実に精神保健従事者や病院を訪ねることを基本方針とする。潜在的に自殺に傾いている人を放置してはならない。本人や家族にとって重要な他者にその場においてもらい、本人からの援助希求があれば、責任をもって引き受けられるように

する。

## 自殺企図が発生した時の対応

自殺企図が発生したら、警察官、救急隊員、およびその他の第1介入者は、その危機的状况に対処することが求められ、初期の基本的な支援を提供し、必要に応じて救急医療施設へ搬送するための調整を行う。また、家族や重要な他者にも対応しなければならない。

第1介入者は、可能な限り適切に、効果的に、危機的状况に対応する責任がある。そのために、次のような手順を踏む必要がある。

- 第一に、自殺企図者のバイタルサインをチェックし、そして適宜、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下ではあるが、正しい判断ができるよう、冷静であるように努める。
- 第二に、状況に応じて、速やかに救急医療施設へ連絡をとる。そして、メンタルヘルス支援が確実に行われるようにする。多くの場合、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施設に持ち込むことも、摂取されてしまった薬物の種類と量を同定する上で重要である。
- 第三に、自殺を企図した人と確実にコミュニケーションをとり、関わりをもつことが重要である。関わりは、その相手をリラックスさせるものでなくてはならず、追い詰めることがないよう、共感的で友好的なものでなくてはならない。
- 四つ目として、最初のコミュニケーションがとれた後には、これに加えてあらたなコミュニケーションを開始しなければならない。それは、相手を感じていることを自由に話すことができるようにすることである。「今、どう感じますか？」などと、オープン・クエスチョン形式を使うようにする。このような手法を通じてコミュニケーションを先導するのが、第1介入者の役割であり、その相手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のが第1介入者の役割である。考慮しておくべき重要な点の一つは、相手のもつ自責感である。相手は、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。そのような状況において、さらに相手が自責感を募らせることがないように注意を払わなければならない。同様に、責任を問うことばや、相手のとった行動への批判、あるいは相手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なければならない。
- 五つ目に、もしも医療機関への搬送が確実でない場合には、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すべきである。そして自殺を企図した本人

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。

- 六つ目に、自殺に傾く人の適切な受療とフォローアップのために、メンタルヘルス支援、または物質依存症対応システムへと繋がなければならない。そのため、精神保健機関への紹介は、今回必要な身体的治療とは別途に、必ずなされなければならない。
- 最後に、もしも本人にとって重要な他者がその場にいた場合、その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ので、第1介入者は、当事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。もしも自殺企図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、その場にいた人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)。もしも重要な関係者がその場にいないのなら、これらの情報を得るために彼らと確実に連絡をとる必要がある。

## 自殺の事後対応

自殺が生じた場合、警察官、救急隊員、およびその他の第1介入者は、まず故人の家族や友人と確実に連絡をとらなければならない。そして、遺族に適切なケアとサポートが提供されるようにすることが重要である。遺族は、故人が苦しんでいたことに気づくことができなかったことや、故人を救うことができなかったことについて自責を感じている可能性がある。

遺族の同意を前提に、心理的支援について情報提供することが常に有意義であり、その具体的な連絡先を伝えることは有用である。また、彼らが地域の自死遺族の自助グループと接触できるようにすることもまた有用である(文献2)。遺族は、しばしば友人や同僚から否定的で、偏見ある態度をとられると言われる。自死遺族の自助グループは、このような事柄に対処していくためにも役立つ。

## 第1介入者に対する職場内支援

精神的危機に対処する第1介入者に対しては、多様な方法による支援提供が行われている。具体的には、専門的な、警察・メンタルヘルス介入チームや、国や地域によっては、危機介入とメンタルヘルス・サービスとの連携のためのメンタルヘルス・トレーニングを専門的に受けた警察組織、そして、現場や電話でコンサルテーションを受ける専門のメンタルヘルス・コンサルタントの活動などがある(文献13)

また、いくつかの地域では、精神障害をもつ犯罪者などの案件を取り扱うメンタルヘルスに特化した専門的な司法制度・組織が設置されている(文献18)。そこでは、精神障害をもつ犯罪者が一般の刑法とは別に適切な治療を受けられるようにするために、専門研修を受けた判事と弁護士が警察官やメンタルヘルスの専門家と協働して業務を行っている。これは、地域において適切なメンタルヘルス対応を探そうとする警官の重圧を取り払うことになる。特にメンタルヘルス資源につながる事が困難な地域では有効である。精神障害を認識したり、業務のなかで危機的状況を低減させたり、そして、逮捕・拘留の前に、あるいはその代わりに精神保健機関との適切な連携を構築するような、そういった警察の役割に対する需要はさらに大きくなるだろう。矯正施設における精神障害をもつ犯罪者の増加に伴い、精神障害者を扱い機関横断的な解決を図るこのような司法制度・組織の需要はますます増大している(文献19)。

すべての警察・司法権に簡単に適合する単一の解決法というものはない。どのような解決策が提案されようとも、それは機関横断の連携・協力を通じてのものでなければならない。また、次の事柄についての適正な判断と、メンタルヘルス専門家の関与を必要とする。

- 自殺予防対策について、核となる価値観と目標を作り共有する
- 複数の内容を組み合わせた、組織・職務横断的な訓練(クロス・トレーニング)の機会を作り、現場での危機対応の方略とプロトコルを作成する。これには、危機的なことが生じたあとのデブリーフィング、ストレス・マネージメント、そして個人個人のストレス対処法も含まれる
- すでに確立されている連携と機関横断的な協力関係を充実させる
- 自殺の危険性を含む危機的状況に際しての、警察から地域精神保健機関への相談・連携プロセスを効率化する

## トレーニング

警察官、救急隊員、および他の早期介入者は、自殺に傾いているか、あるいは精神的不調をきたしている人を同定し、適切に対応するための判断をしなければならないが、それを果たすための適切な訓練を受ける機会に乏しい。地域における効果的なゲートキーパーとして機能するためには、次の事柄が必要となる(文献13)。

- 警察官、救急隊員、およびその他の第1介入者は、自らがメンタルヘルスのゲートキーパーであり、メンタルヘルス危機に最も早期に対応する重要な役割を担っていることを認識する。
- 精神疾患の主要症状やその把握方法を知る。
- 自殺の危険性が切迫している状況で何をすべきかを知る。
- 精神障害をもつ人、致死的能力をもつ物品が利用され得る状況に対して、そのことにどのように気付き、どのように状況を緩和させられるのかを知る。
- 地域において利用可能な精神保健サービスを理解する。また、緊急時にどのようにこれを利用するのか、入院医療以外の精神保健サービスや依存症者のための資源が必要な場合はどのようにこれにアクセスしたらよいのかを理解する。地域の精神保健サービスに関する最新の情報を登録することが重要である。
- 非同意入院の適応基準を理解し、それがどのように地域の精神保健担当部署によって管理・運用されているのかを理解する。
- 困難な状況に対応し、物事を先に推し進めていくために、精神科保健機関との緊密な連携を構築し、日頃からよくコミュニケーションをよくとるようにしておく。

第1介入者は、精神障害をもつ人にケアや援助を提供するような状況にしばしば直面するが、メンタルヘルスの問題に対処することは、第1介入者にとってたいていの場合は困難なことである。そのため、メンタルヘルスに関するトレーニングが、一般教育において、そして何がしかの専門教育・専門領域の中で取り上げられるようになっている。このようなトレーニングは、現実的に生死にかかわるような場面を想定して行われなければならない。そして、精神保健の専門家の関与のもとで、グループ・ディスカッション形式で、現実的な議論を行うのがよい。このようなワーキング・グループによって定期的集まりミーティングを行うか、あるいは、このようなグループ活動を再教育コースの中で行うのがよいだろう。このようなトレーニングは、危機的状況の中身を変え、それぞれに異なる方法で対処を試みるといった各種ロールプレイによって、レベルを高めることができる。ま



た、かつて自殺を企図したことのある人にトレーナーとして参加してもらえば、メンタルヘルスの問題を抱えた人への偏見を除去し、メンタルヘルスと自殺の危機に対して人間的な対応を提供することにもつながる。

拘禁に関する法律と社会資源のありかたは国や地域によって異なるので、警察官、救急隊員、およびその他の第1介入者へのメンタルヘルス・トレーニングは、地域の精神保健機関の支援を受けて企画され、実施されるべきである。そのことによって、第1介入者が自殺の危機や他のメンタルヘルス危機に対応する際に必要となる個人個人の、あるいは組織の間の連携構築が促進されることになる。

## 引用文献

1. World Health Organization (2007) Preventing Suicide in Jails and Prisons. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: How to Start a Survivors Group. Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: World Health Organization.
5. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Counsellors. Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Teachers and Other School Staff. Geneva: World Health Organization.
7. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. Geneva: World Health Organization.
8. World Health Organization (2000) Preventing Suicide: A Resource at Work. Geneva: World Health Organization.
9. World Health Organization (1998) Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization.
10. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. (2004) Level of Suicidal Intent Predicts Overall Mortality and Suicide after Attempted Suicide: a 12-year Follow-up Study. BMC Psychiatry, 4: 11-18.

11. World Health Organization and the International Association for Suicide Prevention (2006) Safer Access to Pesticides: Community Interventions. Geneva: World Health Organization.
12. Wasserman D, (ed.) (2001) Suicide: An Unnecessary Death. London: Martin Dunitz.
13. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ. (2002) The Police and Mental Health. *Psychiatric Services*, 53(10): 1266-1271.
14. Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. (2001) Factors in the Use of Coercive Retention in Civil Commitment Evaluations in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 52(4): 514-520.
15. Humphreys M. (2000) Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 22-32.
16. Steadman HJ, Stainbrook KA, Griffin P, Draine J, Dupont R, Horey C. (2001) A Specialized Crisis Response Site as a Core Element of Police-based Diversion Programs. *Psychiatric Services*, 52(2): 210-222.
17. Spiers C. (1996) Suicide in the Workplace. *Occupational Health*, 48(7): 247-249.
18. Watson A, Hanrahan P, Luchins D, Lurigio A. (2001) Mental Health Courts and the Complex Issue of Mentally Ill Offenders. *Psychiatric Services*, 52(4): 477-481.
19. Haimowitz S. (2002) Can Mental Health Courts End the Criminalization of Persons with Mental Illness? *Psychiatric Services*, 53(10): 1226-1228.