

若者の「死にたい」にどう対応するか —自殺のリスクアセスメントと危機介入—

NPO法人OVA代表理事／精神保健福祉士

伊藤次郎

内容

0. アンケート・自己紹介

1. 「臨床に生かすための自殺の統計と現状」

2. 「自殺のリスクアセスメント」

3. 「自殺の危機にある人にどうかかわるか」

4. Q & A アンケート

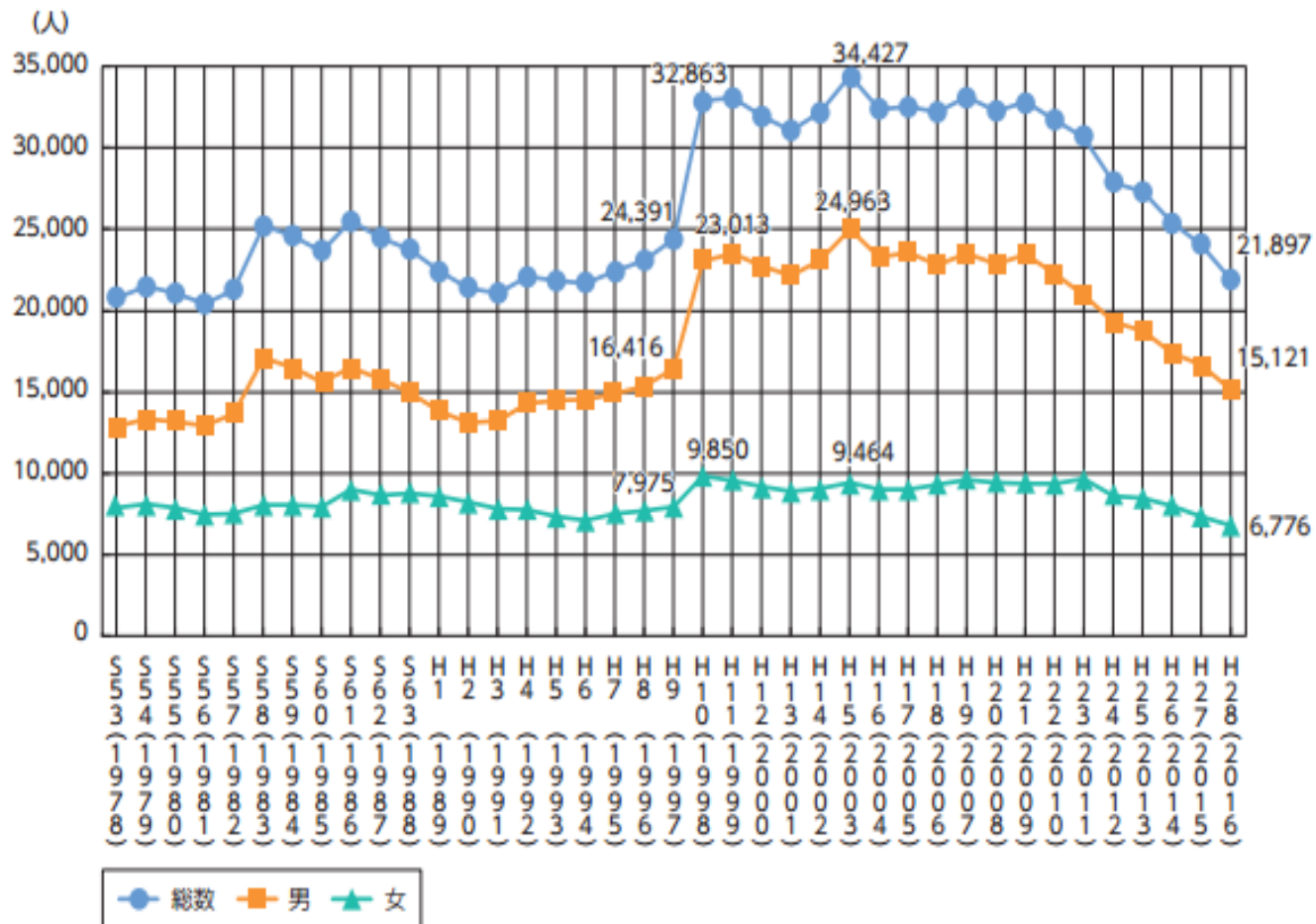
※もしお話をきいているうちに気持ちがつらくなったりしたら無理して受けなくても大丈夫です。スタッフにお声かけください。

1. 「臨床に生かすための自殺の統計と現状」

自殺者数の推移

- 1998年
自殺者が年間3万人台へ
- 2005年
練炭自殺が流行
- 2006年
自殺対策基本法交付
- 2007年
自殺対策大綱の閣議決定
- 2012年
年間自殺者が3万人を下回る

第1-1図 自殺者数の推移（自殺統計）

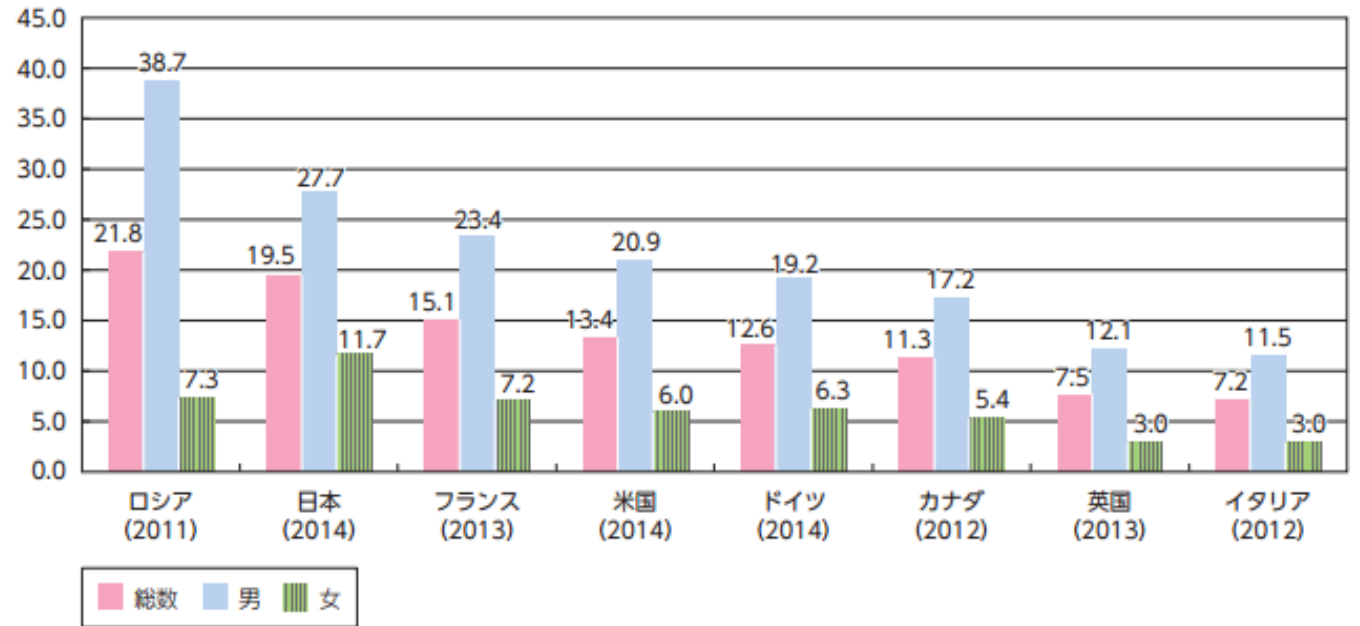


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

主要国の 自殺死亡率 (国際比較)

- 全世界の自殺死亡数は
80万4千人と推定
- 自殺死亡率は11.4
(男性15.0、女性8.0)
- 日本の自殺死亡率は
国際比較しても高い。

第1-38図 主要国の自殺死亡率



資料：世界保健機関「WHO死亡データベース」より厚生労働省自殺対策推進室作成

若年層の自殺の状況

- 15歳から39歳まで
死因の第一位が自殺

- 国際比較しても
日本の若年層の
自殺率は高い

第1-9表 平成27年における死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率・構成割合

総数

年齢階級	第1位				第2位				第3位			
	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)
10~14歳	悪性新生物	107	1.9	22.8	自殺	89	1.6	18.9	不慮の事故	74	1.3	15.7
15~19歳	自殺	447	7.5	36.6	不慮の事故	288	4.8	23.6	悪性新生物	147	2.5	12.0
20~24歳	自殺	1,052	17.9	50.1	不慮の事故	365	6.2	17.4	悪性新生物	176	3.0	8.4
25~29歳	自殺	1,234	19.6	47.2	悪性新生物	323	5.1	12.3	不慮の事故	301	4.8	11.5
30~34歳	自殺	1,398	19.5	39.4	悪性新生物	654	9.1	18.4	不慮の事故	356	5.0	10.0
35~39歳	自殺	1,573	19.1	29.1	悪性新生物	1,284	15.6	23.8	心疾患	514	6.2	9.5
40~44歳	悪性新生物	2,848	29.4	29.2	自殺	1,984	20.5	20.3	心疾患	1,142	11.8	11.7
45~49歳	悪性新生物	4,519	52.4	33.4	自殺	1,965	22.8	14.5	心疾患	1,750	20.3	12.9
50~54歳	悪性新生物	7,764	98.2	39.4	心疾患	2,550	32.2	12.9	自殺	2,008	25.4	10.2
55~59歳	悪性新生物	13,123	174.5	45.7	心疾患	3,425	45.5	11.9	脳血管疾患	2,171	28.9	7.6
60~64歳	悪性新生物	25,325	298.3	48.5	心疾患	6,404	75.4	12.3	脳血管疾患	3,632	42.8	7.0

第1-10図 先進国の年齢階級別死亡者数及び死亡率（15~34歳、死因の上位3位）

	日本 2014				フランス 2013				ドイツ 2014				カナダ 2012			
	死因	死亡数	死亡率		死因	死亡数	死亡率		死因	死亡数	死亡率		死因	死亡数	死亡率	
第1位	自殺	4,557	17.8		事故	1,955	12.7		事故	1,710	9.1		事故	1,924	20.4	
第2位	事故	1,775	6.9		自殺	1,286	8.3		自殺	1,450	7.7		自殺	1,066	11.3	
第3位	悪性新生物	1,339	5.2		R00-R99*	1,089	7.1		悪性新生物	981	5.2		悪性新生物	528	5.6	

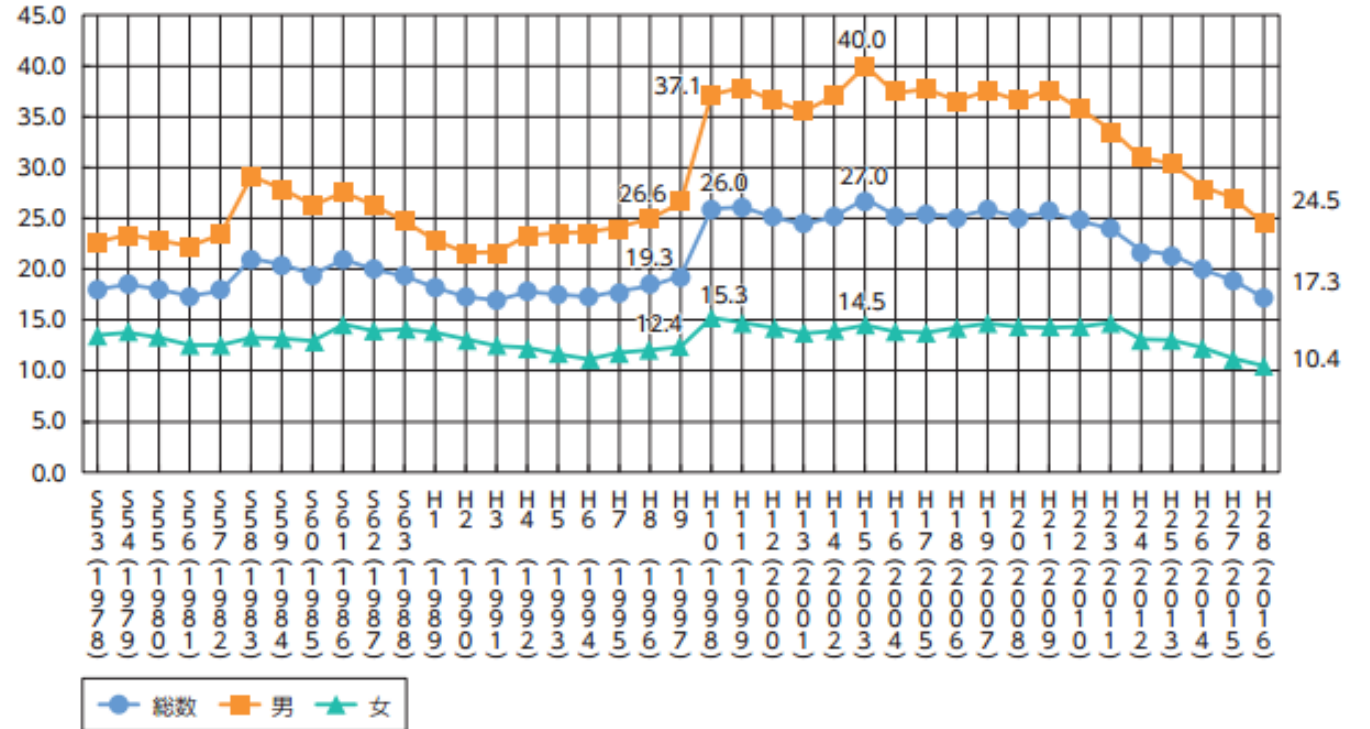
	米国 2014				英国 2013				イタリア 2012				韓国(参考) 2013			
	死因	死亡数	死亡率		死因	死亡数	死亡率		死因	死亡数	死亡率		死因	死亡数	死亡率	
第1位	事故	30,708	35.1		事故	2,038	12.1		事故	1,589	12.3		自殺	2,580	18.3	
第2位	自殺	11,648	13.3		自殺	1,120	6.6		悪性新生物	889	6.9		事故	1,225	8.7	
第3位	殺人	8,303	9.5		悪性新生物	1,070	6.3		自殺	620	4.8		悪性新生物	874	6.2	

※ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類の第10回修正版）の第18章「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」に該当するもの

自殺死亡率

- 自殺死亡率（自殺率）とは人口10万人あたりの自殺者数
- 2016年の自殺率は17.3
- 男性＞女性

第1-3図 自殺死亡率の推移（自殺統計）



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

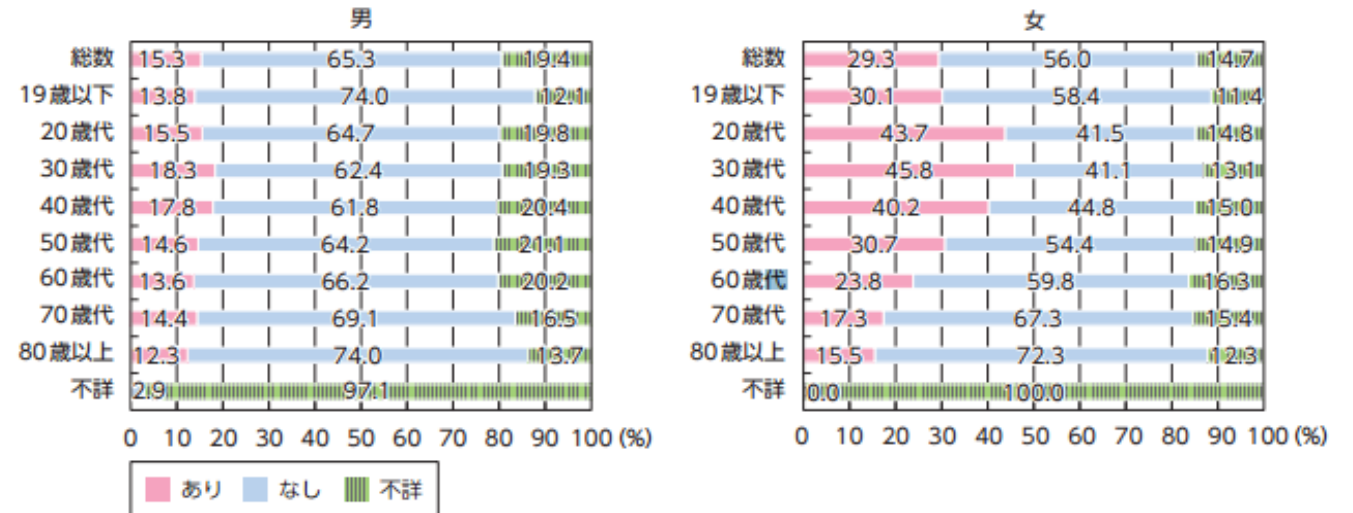
自殺未遂の現状

・「高所得の国においては、男性の自殺は女性の3倍とされているが、低中所得国においては、男女比は狭まり男性の自殺は女性の1.5倍となっている。（WHO.2013）

・「成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図がある」（WHO.2013）

- ・ 自殺 男 > 女
- ・ 自殺未遂 女 > 男

第1-35図 平成28年における自殺未遂歴の有無別自殺者数の割合

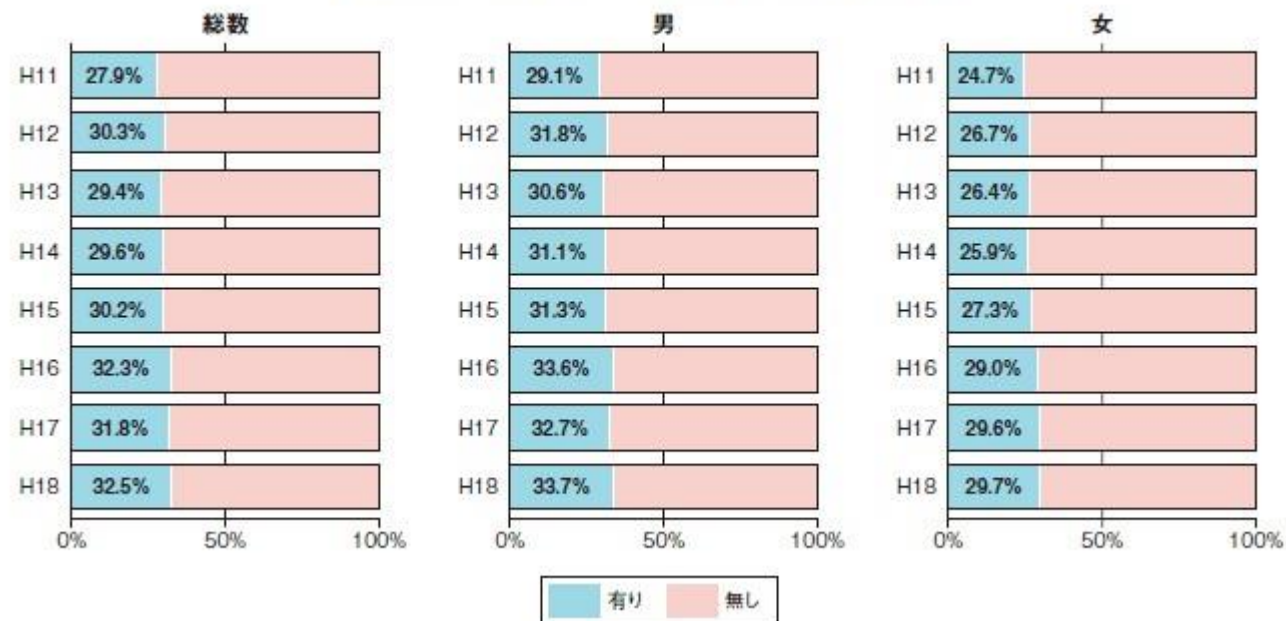


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

遺書の有無

- ・ 自殺者の約3割が遺書を遺している
- ・ 男性 > 女性

▼ [第1-1-32図] 遺書の有無の状況の推移

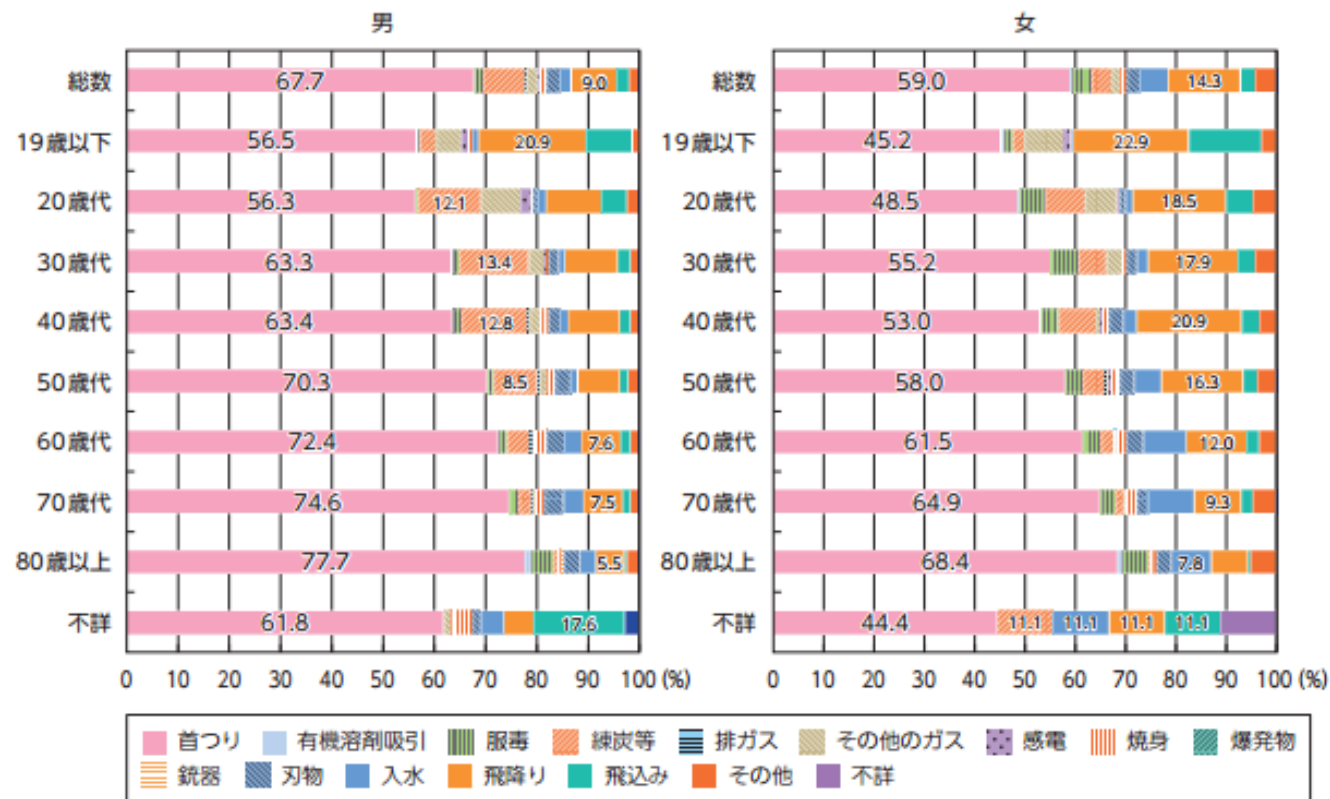


自殺の手段

・首つりが最も多い。

・昭和20年代後半～30年代後半にかけては男女ともに「薬物」が最も多かったが、毒物・劇物の取扱いに対する法規制の強化と指導・取締の徹底により、その後は「薬物」が激減。

第1-29図 平成28年における男女別・年齢階級別（10歳階級）・自殺の手段別の自殺者数の構成割合



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

配偶関係

離別者 > 死別者 >
未婚者 > 有配偶者

第1-34表 平成27年における配偶関係別の自殺死亡率(配偶関係別人口10万人当たり)の状況

男						
年齢階級	総数 ¹⁾	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
総数 ²⁾	30.5	26.9	27.8	31.0	36.5	33.2
有配偶者	21.4	12.7	13.1	18.3	23.4	25.0
未婚	35.8	30.3	42.4	46.5	56.8	57.6
死別	61.0	—	85.4	95.1	71.1	59.8
離別	118.0	178.9	165.9	126.8	127.6	95.3

女						
年齢階級	総数 ¹⁾	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
総数 ²⁾	12.2	9.7	10.0	11.8	13.1	14.2
有配偶者	9.2	3.9	5.5	7.5	10.5	11.4
未婚	12.9	11.2	16.5	20.3	19.1	19.1
死別	17.5	—	68.7	28.1	19.8	17.2
離別	28.0	45.8	33.6	30.1	26.3	24.8

注意：1) 総数には15～19歳及び年齢不詳を含む。

2) 総数には配偶関係不詳を含む。

資料：厚生労働省「人口動態統計」再集計及び国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2017)」より
厚生労働省自殺対策推進室作成

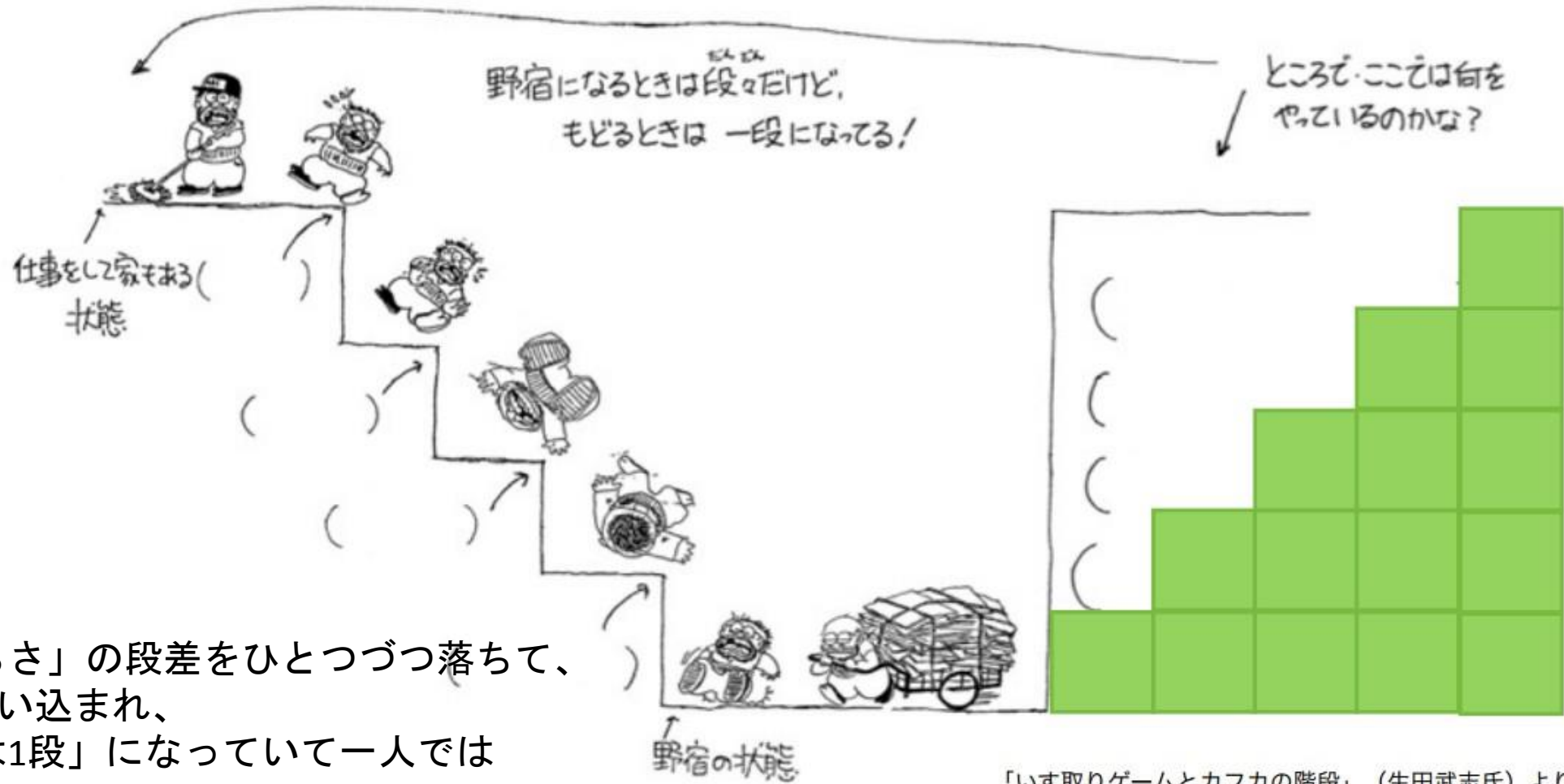
複数の問題を抱えて追い込まれる (1/2)

WHOは「自殺は心理・社会・生物学的、文化的・環境要因が関係した複雑な現象(複合体)」と言っている。

自殺者の多くがその直前に精神疾患を抱えている状態であることが研究でわかっているが、「精神疾患のみ」が原因とは言えない。

NPO法人ライフリンクの調査(2013)によれば
自殺で亡くなった人は「平均 3.9個の危機要因」を抱えていた。

複数の問題を抱えて追い込まれる (2/2)



「生きづらさ」の段差をひとつづつ落ちて、
段々と追い込まれ、
「戻る時は1段」になっていて一人では
上がれない。

心理的視野狭窄

自殺以外の解決策が見えなくなる状態。

→例えば、周囲の人から見ると様々な解決策が
考えられるような状況でも、
本人は自分の抱えた問題に対して
唯一の解決策が「自殺しかない」という状態に陥ることがある。

アンビバレント（両価性）

自殺念慮を抱くものの心理は両価的である(Shneidman,1985)

→「死にたい」という気持ちと「生きたい」という気持ちの
間で揺れ動いている。

クライアントの「死にたい」という訴えの背景には、

「助けを求める気持ち」と「助かりたくない気持ち」が
同時に存在している。

自殺直前の意識状態

強い心理的視野狭窄状態

アルコール・薬物・解離

などの変性意識状態になる場合もある。

自殺の危険因子（1/3）

1 過去の自殺企図・自傷歴

2 喪失体験
身近な人との死別体験など

3 苦痛な体験
いじめ・家族問題など

4 職業問題・経済問題・生活問題
失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、
不安定な日常生活、生活上のストレスなど

自殺の危険因子 (2/3)

- 5 精神疾患・身体疾患の罹患および、それらに対する悩み
うつ病などの精神疾患の罹患、身体疾患による病苦など
- 6 ソーシャルサポートの欠如
支援者がいない、社会制度が活用できないなど
- 7 自殺企図手段への容易なアクセス
危険な手段を手にしていて、
危険な行為に及びやすい環境にあるなど

自殺既遂者における精神疾患の存在

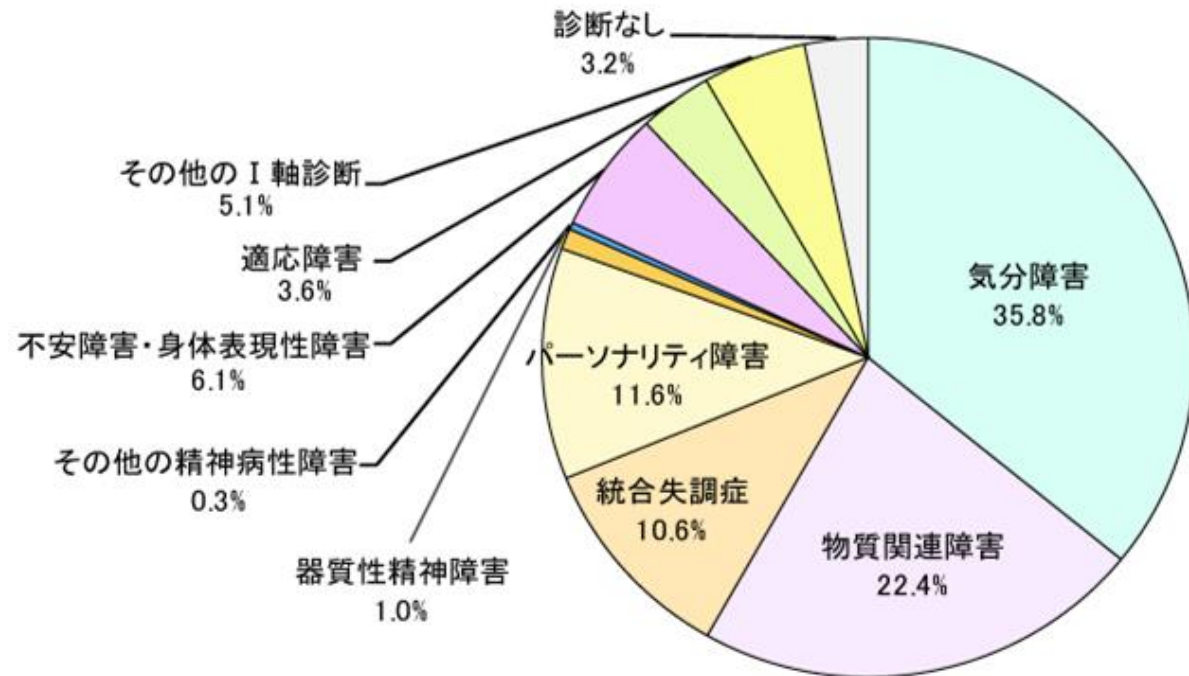
* **うつ病**
自殺既遂者のなかでもうつ病性障害を罹患していた群が高率。

(Fawcett, et al,1993)
パニック発作を経験しているうつ病患者の自殺率は他の患者の3倍。

(Fawcett, et al,1993)

* **摂食障害** 摂食障害患者の自殺死亡率は、一般人口よりはるかに高い。
(Harris & Barraclough,1997)

* **統合失調症**
命令性幻聴の存在が、統合失調症患者の自殺行動に大きな影響を与える。
(Zisook et al, 1995)



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

自殺の危険因子（3/3）

8 自殺につながりやすい心理状態

自殺念慮、絶望感、衝動性、孤立感、
悲嘆、あきらめ、不信感など

9 望ましくない対処行動

飲酒で紛らわす、薬物を乱用するなど

10 危険行動

道路に飛び出す、飛びおりようとする、自暴自棄な行動をとるなど

11 その他

自殺の家族歴、本人・家族・周囲から確認される危険性など

自殺の保護因子(1/2)

1 心身の健康

心身ともに健康であること

2 安定した社会生活

良好な家族・対人関係、充実した生活、経済状況、
地域のつながりなど

3 支援の存在

本人を支援してくれる人がいたり、支援組織があること

自殺の保護因子(2/2)

- 4 利用可能な社会制度や、法律的対応など
本人が利用できる制度があること
- 5 医療や福祉などのサービス医療や福祉サービスを活用すること
- 6 適切な対処行動
信頼できる人に相談するなど

自殺の危険因子とアセスメント

自殺の危険因子が沢山あれば、自殺し、
防御因子が沢山あれば、自殺しないのか。

自殺の危険因子と偽陽性（1/2）

「自殺統計と同じように死ぬ人などいない。

（中略）人はそれぞれユニークで個性的である。」

「個性にはほとんどリスク要因が見当たらないと仮定しよう。

それでもその人が自殺を決断し、やるといったらやるのである。

リスク要因などその場合は知った事ではない。」

「別の患者には、リスク要因がいっぱいあったとしよう。

でもその患者が自殺したくないと思っていたなら、自殺は起こりえない。」

「リスク要因の形式的な分析など、全く役に立たない場合があるのだ。」

（シヨン・C・シア）

偽陽性(false-positive)

ある疾患で陽性を示す検査で、

その疾患にかかっていない人でも陽性を示すこと。

自殺の危険因子と偽陽性 (2/2)

- * 自殺の危険因子・防御因子は、
長期的な意味での自殺の可能性を評価するには十分な助けになる。
 - * ただし、「自殺の危険因子とは、集団における確率を論じたものであって、目の前にいる個人の将来を占うためのものではない。(松本,2015)
- ➡ 差し迫った自殺の危険性の評価をする上では不十分。
本人の（主観的な）自殺念慮の高まり、計画・準備を聞く必要がある。

自殺のリスクを最も知っているのは相談者自身である。

自殺の質問は自殺を促進する？

* 自殺について質問されることで「むしろ安心することが多い」
「これまで必死に秘密にしてきたことや個人的な恥や屈辱の体験に終止符が打たれる」(Chiles & Strosahl,2005)

→いわゆる自殺予防に関する「誤解」となっている。

自殺の危険性を本人から聞き出す際のポイント

* 自殺を考える人は、恥の感覚や罪の意識をいだいている(松本,2015)

➡自殺念慮は語りづらい話題である。

* 正直に語ってもらう技法(Shea,2002より、抜粋)

・ 恥の希釈化・正常化

同じ症状や感情を経験している人は他にもいることを知らせ、安心させる。

「これほど困難な状況にあれば、普通の人であれば、死にたいと思ってもまったく不思議はないと思いますが、あなたの場合はいかがでしょうか」

出典：松本俊彦著、「もしも「死にたい」と言われたら 自殺リスクの評価と対応」(2015) 中外医学社
Shea, S.C.(2002) The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors, Wiley, Hoboken.(松本俊彦監訳「自殺リスクの理解と対応―「死にたい」気持ちにどう向き合うか」,金剛出版, 2012)

自殺の危険性を本人から聞く (1/2)



生きづらい

希死念慮

自殺念慮

自殺の計画

自殺企図
による死

「私のに相談をしに来る人の中には、
うつ病があまりにもつらいので、
自殺したいと思う人もいます。あなたもそうですか」

「人間強い絶望感を感じている
場合に、死にたいと思う人も中
にはいます。あなたは死にたい
と思っていますか」

自殺の危険性を本人から聞く(2/2)



生きづらい

希死念慮

自殺念慮

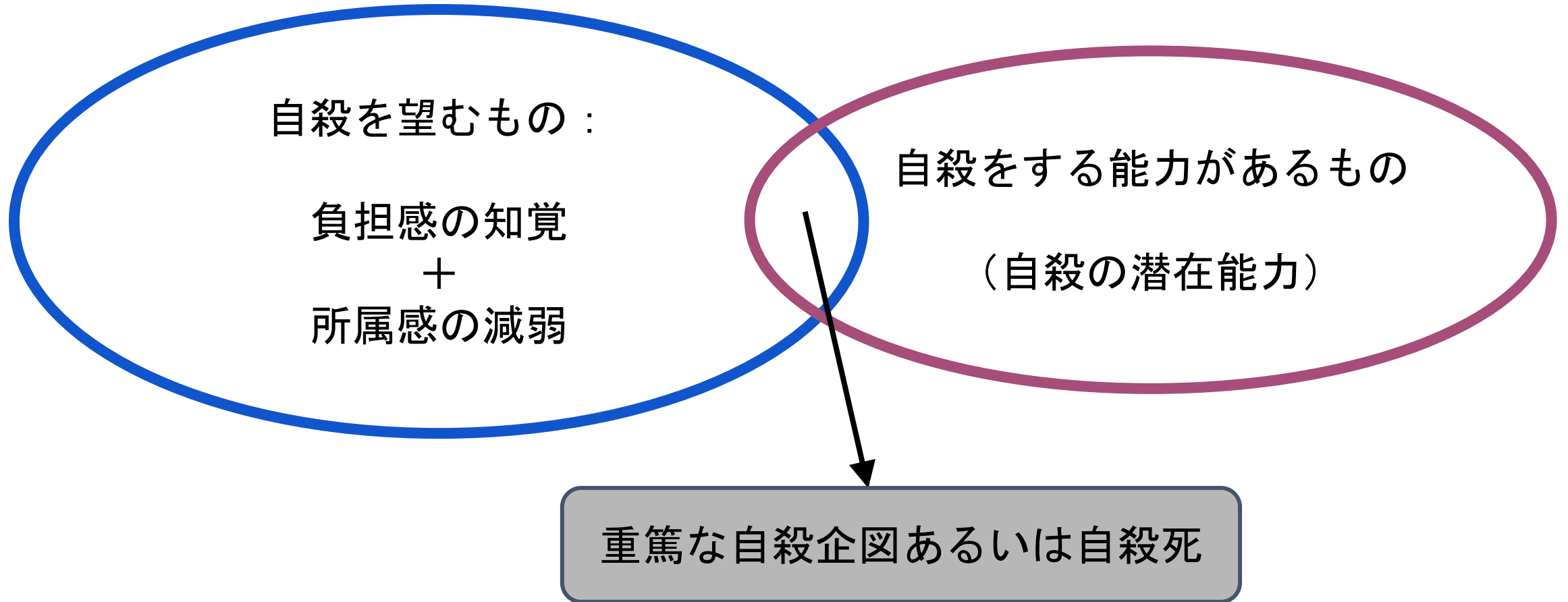
自殺の計画

自殺企図
による死

* 2W1H (いつ・どこで・どのように)

* どこまで進んでいるか (準備性)

自殺の対人関係理論(Joiner et al. 2009)



自殺の対人関係理論(Joiner et al. 2009)

* 所属感の減弱

- ・ 他者との気遣いのある有意味なつながりの欠如
- ・ 動揺したときに頼ることができる友人もしくは、
親戚がいないこと
- ・ 死や離婚による喪失体験

ex. 「孤独だ」「居場所がない」

離婚／死別／ひきこもり／家族間葛藤

自殺の対人関係理論(Joiner et al. 2009)

* 負担感の知覚

- ・ 「もし自分がいなくなったら、他の人々は楽になるだろう」
- ・ 「自分は他の人々の負荷になっている」
- ・ 自己有能感の喪失（ex.失業）を含む最近のストレスナー

ex. 「自分は迷惑だ」「自分は生きる価値がない」
無職／受刑歴あり

自殺の対人関係理論(Joiner et al. 2009)

* 身に付いた自殺の潜在能力

- 過去の自殺企図歴（特に複数の自殺企図歴）
- 痛みと刺激の経験
- 自殺の中断
- 自己注射による薬物使用
- 自傷行為（非自殺性自傷）
- 身体的な暴力にさらされたりコミットしたりすること
（ex.軍事経験/被虐待歴）

自殺念慮・自殺の潜在能力を確認する



自殺念慮が強く、身についた自殺の潜在能力が高い場合はリスクが高いと評価できる。
自殺念慮の強さは本人からきく（きけるだけの関係性を築く。）

3. 「自殺の危機にある人にどうかかわるか」

守秘義務

自殺念慮者の援助において、守秘義務の原則は適用されない
「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合」
にあたる。

ただし、家族等への連絡を拒む場合もありうる。
その場合は「あなたを守るためには連絡が必要である」
こと説明する。仮に拒否した場合でも
援助者の判断で、家族や医療機関、
公的機関に連絡することがあること、伝えて、連絡する。

援助者の心理を理解する

危機的な状況下にある
クライアントにかかわる支援者もまた、
危機的な状況に陥りうる。

自己覚知をすることが大切。
そのためにもスーパービジョンが必要となる。

支援者の心理と自殺に関する信念

支援者が抱えている偏見や不安が、
自殺のアセスメントに影響を与える

「この支援者は自殺を否定し、非難するに違いない」と感じた場合、
自殺念慮を正直に告白しなくなる。(Shea,2002)

- ➡ × 「不道徳な行動」と決めつける
- 「耐えがたい苦痛から解放される方法の一つ」という側面を理解。

支援者の心理と自殺に関する信念

支援者自身が抱えている偏見や不安に気づく必要がある(Shea,2002)

- ・自殺が弱さの証拠であり、恥だと思っているだろうか？
- ・自殺が道徳に反し、罪だと思っているだろうか？
- ・自殺というテーマをタブー視しているだろうか？
- ・自殺が本質的に非論理的であり、
そもそも自殺を考える人はかなり頭がおかしいと思っているだろうか？
- ・自殺念慮の訴えに対して過剰反応しがちであろうか。
そうしたケースを性急に「入院」させようとすることはないだろうか？

援助者の逆転移(1/2)

- リスクを過小評価する
- 自殺に関する訴えがあったにもかかわらず、自殺念慮や自殺の計画・準備について聞かない・取り扱わない。
- 「死にたい」「自殺したい」の訴えを操作性としてとらえる。
- （操作性としてとらえるがうえに）クライアントが抱えている問題や苦しみに焦点化できない、受容できない。
- かかわりを中止・継続しない（ことを伝える）

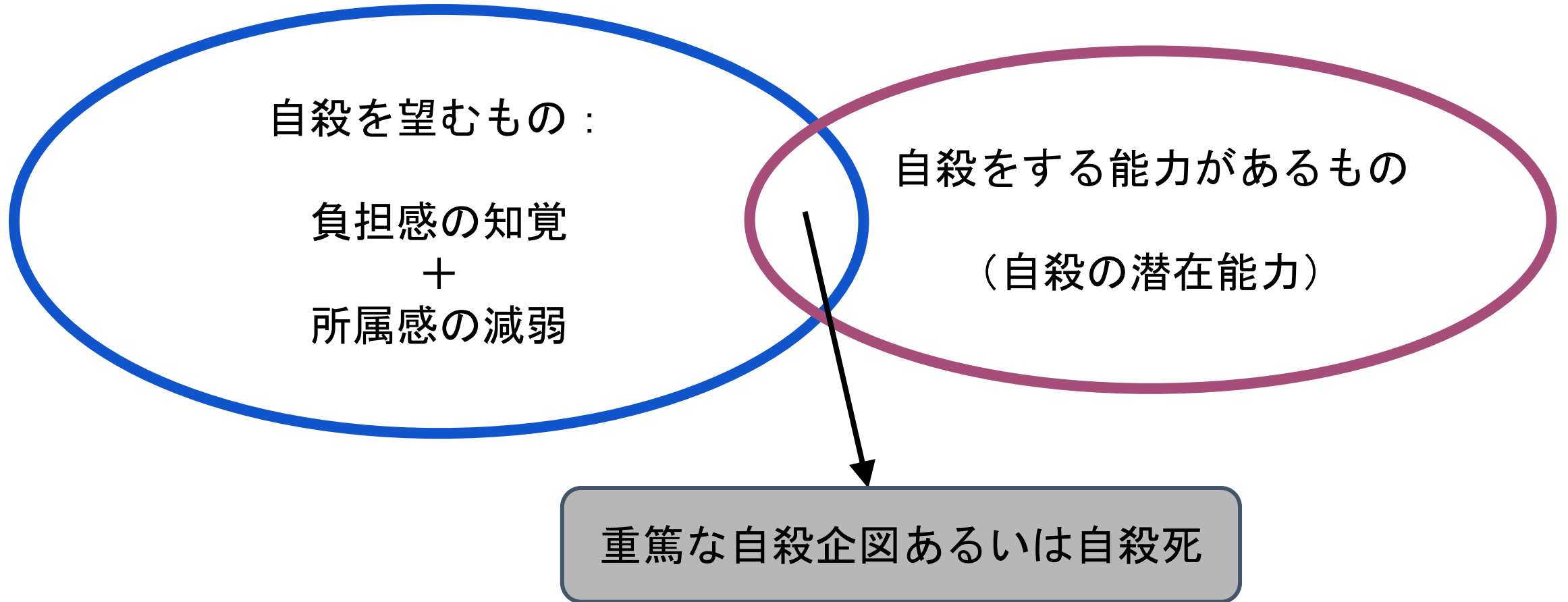
援助者の逆転移(2/2)

援助者の陰性の逆転移は
クライアントの所属感にネガティブに働きかけ、
自殺念慮を高める可能性がある。

自殺リスクが高いクライアントとかがかわる際には
自身の感情をマネジメントすること（自己覚知）は極めて重要となる。
いわば、「統制された情緒的関与」(バイステティック)である。

ただし、前述したように
「統制された情緒的関与」は自殺のようなクライシスの
場合は、より困難となることを自覚する必要がある。

自殺の対人関係理論(Joiner et al. 2009)



所属感へ働きかける (1/2)

所属感は他者が介入して短期間で変容する可能性がある。

- 援助者とのラポールを形成する
面接の中で〇〇さん、と名前を呼ぶ
- 所属感が多強するのをサポートする
(周囲との減弱した関係性に働きかける／例：家族)

所属感に働きかける (2/2)

- * 「社会的に孤立している人に対して他者とのつながりの水準を高めることは 自殺予防に有効である」(Joiner)
- * 援助者側が積極的にアプローチするものであれば、
予防効果は高まる
 - 自殺リスクの高い高齢者に携帯用アラーム危機を持たせ、
援助者側から週2回困ったことはないか確認の電話をいれた。
自殺率減少(De Leo,2002)
 - 自殺企図により入院した患者に対して、ごく簡単な内容の手紙を
毎月～各月1回出した。退院後の再企図や自殺が有意に減少。
(Motto&Bostrom,2001:Cater et al,2005)

入院

基本的には入院したからと言って、（病院内で）自殺しないわけではない。
通院でも同様の効果がある。

* 自殺のリスクが非常に高いと判断された場合、
クライアントの安全を物理的に確保したほうがよい場合もある。

* デメリットも...
非自発的入院(自己決定権の剝奪体験)が、
退院後の自殺リスクを高める場合がある
(Chiles & Strosahl, 2005)

➡クライアントの同意を得る努力を

* 入院中に自殺念慮にいたった
背景要因・現実的問題の解決の方策を考える。

自殺をしない約束 (No-suicide contract) (1/2)

- * 自殺をしない契約 (No Suicide Contract/Suicide Prevention Contract)
有効性を実証した研究は、存在しない。
アメリカでは、「契約」がルーチン業務として実施されてきたことが問題視されつつある (Shea,2002)。
- * 「積極的に自殺を考えている患者に使うべきではない」
(アメリカ精神医学会,2003)
- * 「自殺の危険を認めるような患者に対して、
著者は自殺をしようになったら必ず連絡するとの約束をしてもらうことにしている。(中略)
もちろんこれによってかならず自殺を防ぐことができると考えているわけでは決してないが、
そうすることで、医師が患者の状態に強い関心を持ち、
いつでも援助を差し伸べる用意があることを示す。(高橋,2014)

参考：American Psychiatric Association(2003).Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors.Arlington,VA:Author.

『自殺の危険—臨床的評価と危機介入—』著：高橋祥友

自殺手段への接近を取り除く

* 自殺手段をその人の手に届かないようにする

・ 危険な手段...縄、薬物、有毒物、ナイフ、銃 など。

- ① 実際に、クライアントの家などを訪問、手段を取り除く。
- ② クライアントに、自殺手段を入手しないよう、働きかける。
- ③ 信頼する誰かに、手段を一時的に預かってもらうことを提案する。
- ④ 「自殺推進的」チャットルーム・ウェブサイトに訪れないよう、働きかける。

cf. 「自殺推進的」チャットルームへの参加・ウェブサイトを
クリックすることが、自殺の報告数の増加と関連している。

(Mishara&Weisstub,2007)

参考：Thomas E. Joiner Jr. (2009) The Interpersonal Therapy of Suicide 【北村俊則ほか訳（2011）「自殺の対人関係理論 予防・治療の実践マニュアル」日本評論社】

Mishara,B.L.,&Weisstub,D.N.(2007).Ethical,legal,and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the Internet. Suicide and Life-Treatmenting Behavior,37,58-65.

ソーシャルワーク

* 精神医学的要因・心理社会的要因・経済的要因まで
ふくめての評価から必要なソーシャルワークを行う (松本,2015)

本人にとって必要なソーシャルサポートにつなぐ。

- 多重債務・生活困窮→司法書士・弁護士
- 生活困窮→行政（生活困窮者の窓口）
- DV→女性相談 等

支援につなげる場合、コストを下げるかかわりが必要な時もある。

- 同行する、事前に支援者から電話をする、
確実に対応してもらえる日時を約束する。
- 地図など渡す、経路を詳細に伝える
- 話すべき内容をメモにして、渡す

チームアプローチ

自殺の危機にある人を、
ひとりだけの力で支え続けることは難しい。

支援者は、一人でできることの限界を知り、
自殺に傾く相談者に対して、
支援を共に提供しうる仲間や手段をできるだけ多く準備しておく。

ひとりで多くの人を支えるのではなく
多くの人でひとりを支える。

バーンアウトの防止（SV）

スーパービジョンには教育的、
管理的機能だけでなく支持的な機能があり、
バイジのバーンアウトの防止も目的の一つ。

→外部のSVを呼べない職場の場合はピアSVを行う