

V 自殺関連電話相談マニュアル



1. 自殺関連電話相談とは

自殺の危機が高まっている人は、行動するまでに何らかのSOSを周囲に現すとされています。電話での相談もその1つにあたります。「生きていても意味がない」「薬を大量に飲んでしまった」など、電話相談において自殺についての悩みが語られるとき、自殺関連相談の視点を持ってそのリスクアセスメントをしながら、タイミングを逃さず危機介入へ方向づけていくことが重要です。

自殺関連の相談は、本人からのみ寄せられるわけではありません。死にたいと打ち明けられた人（家族や友人など）や、身近な方を自死で亡くした方へも、自殺に関する知識を持った上で対応することが必要です。

いつかかってくるか予測できない自殺関連電話相談に対応するためには以下の3点の備えが大切です。

- ① 相談があったときの対応を所内で統一しておく（主な担当者は誰か、どこに指示をあおぎ、どんな機関につなぐか）
- ② 相談者に紹介できる自殺関連相談の支援機関の一覧を用意しておく
- ③ 自殺関連電話相談マニュアルをコピーするなどして、相談電話を受けた時すぐに手に取れるように用意しておく

(1) 自殺関連電話相談の基本姿勢

- | | |
|--------------------|---|
| 受容と共感 | 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って共に問題解決を考える。 |
| 傾聴
ねぎらい | まず、相手の話すところについて、良し悪しの判断をせずに虚心に話を聴く。相談できたこと、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。 |
| つなぎ | 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・実地的で相手にとって役に立つものでなければならない。 |

(2) 対応手順

- ① まず相談の受け手自身が深呼吸し落ち着く。傾聴に務め、状況を把握する。
- ② 問題となっている事柄を整理する。大抵の場合、問題は複合的な場合が多い。
- ③ 相手の置かれた状況を真剣に受け止め、自殺行動の緊急度の判定をする。
→【具体的確認事項】→P25 【危険因子のチェックリスト】→P30 を用い、判断する
- ④ 自殺の他の、問題解決へ向けた行動ができないか可能性を探る。
- ⑤ どのようなサポートが得られるか検討する。
- ⑥ 次の相談まで、自殺をしないことを約束してもらう。
- ⑦ 相談対応の内容は文書に残し、他の人でも同様の対応ができるように整備をしておく。

※してはいけない対応（自殺に傾いた人を支えるために～相談担当者のための指針～一部改変）

- 1) 単に「死んではいけない」といった教えを説くような対応や、自傷・自殺企図行為をとがめること
- 2) 本人が抱える問題を大したことではないと評価したり、無視したりすること
- 3) 「死ぬ気があれば何でもできる」、「弱音を吐くな」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
- 4) 感情的になったり大げさに振る舞うこと
- 5) 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
- 6) 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) 具体的確認事項

- ・ 自殺しようという意志（自殺念慮）を持っているか、また死ぬことを考えているか（希死念慮）。
- ・ 自殺したい気持ちはいつからあったか、どのくらいの周期でその思いが襲ってくるか、1回の波の継続時間、一番最近の波はいつか。
- ・ いつもその波をどうやって乗り越えているか。
- ・ 家族のサポート体制について、苦しみの理解の程度やプレッシャーの有無、精神科受診への理解等はどうか。
- ・ 本人が休める状態か、誰か側についていられる状況か（特に夜間）。
- ・ アルコールはどれくらい飲むか、飲んだらどうなるか。
- ・ 自殺につながりやすい心理状況があるか：絶望感、衝動性、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など
- ・ 危険因子のチェックリストでの把握（P30 受理票裏面参照）。

2. 自殺行動の緊急度の判定（アセスメント）

自殺の危険度により、対応が異なる。

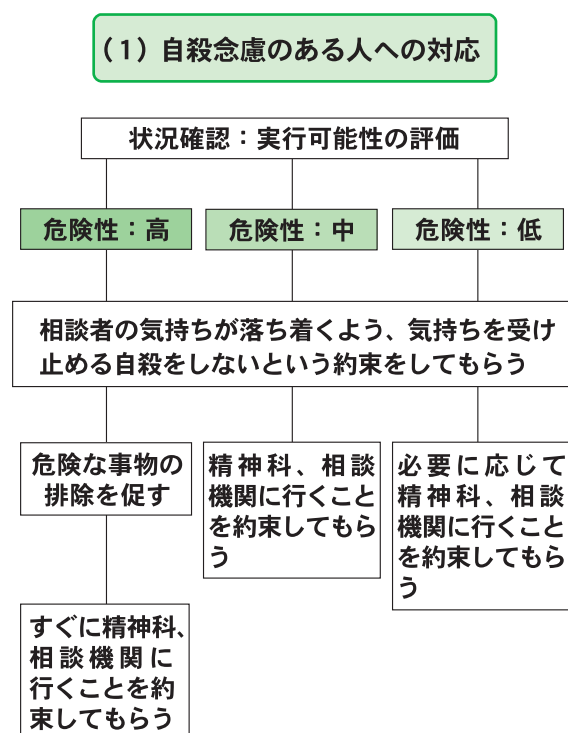
【表V-1】「現在、自殺の危険性をどのくらい有しているか」を評価する 高橋（2002）より引用

危険度 低	「もう駄目だ」「死んだほうがましだ」といった希死念慮を抱いているが、具体的な計画はない
危険度 中	希死念慮があり、その計画を立てているが、ただちに自殺するつもりはない
危険度 高	自殺についてはっきりとした計画があり、その方法も手にして、ただちに自殺する危険がある

3. 対象別対応

(1) 自殺念慮のある人への対応

- 「そんなに苦しかったのですね」など、いたわりの言葉をかけ、相手の気持ちに寄り添い、相手が何を伝えようとしているのかを考えながら、じっくりと丁寧に話を聴き、受けとめる。
- 【表V-1】の事項を聞きながら自殺の緊急度の判断をする。
- 真剣に話を聴き、「相談してくれたあなたは大切な人、かけがえのない人、いなくなったら悲しい」などのメッセージを伝える。
- 次の相談まで「自殺しない」と約束してもらう。
- 秘密にする約束はしない。
- 必要に応じて一旦保留にするか、メモを作るなどで相談内容を周囲に知らせ、専門職の支援を受けながら複数で対応する。
(チーム対応)



○ 死にたい気持ちの高まっている場合（危険度が高い場合）

- ・時間をかけて気持ちが落ち着くまで話を聞く。
- ・危険な事物を身近に置かないよう働きかける。
- ・周囲に支えてくれる人がいるか、話せる人がいるかを確認する。可能であれば家族や友人等誰かに一緒にいてもらうことを勧める。
- ・精神科の主治医がいる場合は受診を勧める。
- ・主治医がいない場合は精神科受診の必要性を説得する。

○ 危険度が中程度以下の場合

- ・精神科の主治医がいる場合は受診を勧める。
- ・主治医がいない場合は精神科受診の必要性を説得する。

（２）自殺企図者への対応

○ 自殺企図者の安全確保を優先し、精神科医や専門病院の対応へつなぐことが必要。

○ 一旦保留にするか、メモを作るなどして相談内容を周囲に知らせ、専門職の支援をうけながら複数で対応する。（チーム対応）

○ 自殺企図の手段を確認する。（服毒の場合は何時に／何を／どれだけ、自傷の場合は外傷の程度）

○ 緊急性が高く、以下の場合は、相手の電話番号（ナンバーディスプレイ）や状況／居場所の確認をして相談を受けた機関から警察（110番）に通報する。

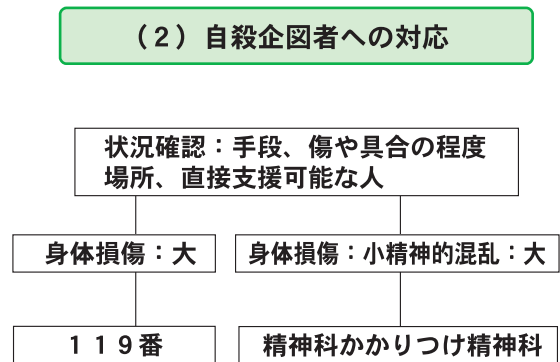
- ・身近で保護をしてくれる人が見つからない場合で、本人の居場所が分かり個人が特定できる場合
- ・周囲に被害が起こりうる場合

○ 身体的処遇が優先される場合は一般救急の受診の必要があることを伝え、本人に119番通報をさせる。可能であれば、家族や友人等誰かと一緒に行ってもらおう。（本人を単独で病院に行かせることは避ける。）

○ 精神科の主治医がいる場合は受診を勧める。適切な治療が受けられるよう、未遂行為のあったことを主治医に伝えるよう勧める。伝えることに抵抗がある場合は本人の了解を得て、相談員が伝える。

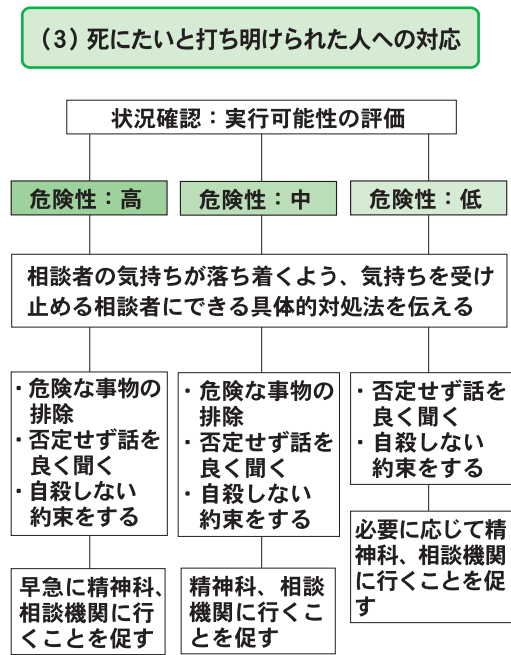
○ 主治医がいない場合は精神科受診の必要性を説得する。

○ 受診した（する）医療機関に精神科がない場合、必ず精神科への紹介状を書いてもらうよう働きかける。



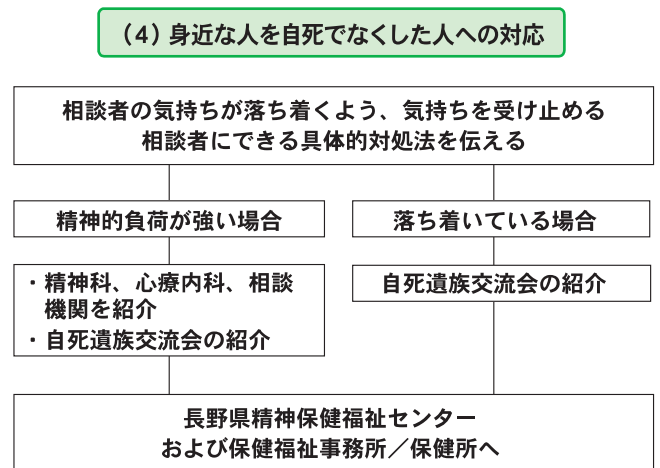
(3) 死にたいと打ち明けられた人への対応（家族・友人等からの相談）

- 過剰に反応してしまうので落ち着かせる。
- 死にたいと訴えている人の具体的状況を把握する。
- どうして死にたいという気持ちを持つのか説明する。
（うつ病等精神状態について、今後の対応に役立つ）
- 今後の対応について、身近な専門家（主治医／産業医／保健福祉事務所および保健所／市町村の保健師等）への相談を勧める。
- 必要に応じて、本人への接し方について具体的な指示をする。
 - ①自殺の恐れのある人を一人にしない。（特に夜）
 - ②刃物やロープなどの自殺の手段となりそうなものは、目のつくところに置かない。
 - ③本人を保護できる人に連絡をとってもらおう。
 - ④話をさせることを強要しない。
 - ⑤本人の言うことを否定しない。新たな努力をさせない。
 - ⑥アルコールはできるだけ取らせない。
 - ⑦ストレス解消の積極的行動は控える。（本人は疲れ果てているのでかえってストレスになる）
 - ⑧精神科の病院受診を働きかけてもらう。



(4) 身近な人を自死でなくした人への対応

- 暖かい雰囲気ですら丁寧に話を聴く。
- 心身の不調の確認。
- 悲嘆の正常な反応なのか、病的な悲嘆なのか判断し、必要があれば精神科受診を勧める。
- 自殺念慮を訴えれば、(1)の対応をする。
- 自死遺族会への参加希望の場合は保健福祉事務所および保健所一般電話相談を勧める。

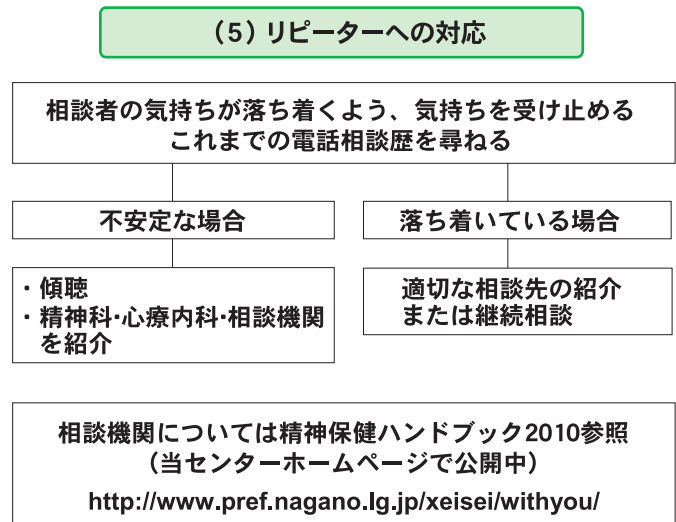


遺族の特徴

- ◇大切な人を自死で亡くした人は、他の死に比べて特別な感情を抱きがちです。心理的に大きな負担を受け、日常生活にも大きな変化を受けます。
- ◇また、その人の死に遭遇したり、遺体を目撃することもあります。
- ◇社会や家族内でもその死に対する考え方が異なり、遺族は自責的で孤独になりがちです。
- ◇身内の自死の事実を隠したがるが多く、電話で初めて語ることもできます。

(5) リピーター（対応の指示に従うことが難しく、繰り返し電話をかけてくる人）への対応

- 相談者の気持ちが落ち着くよう、気持ちを受け止める。
- これまでの電話相談履歴を尋ね、記録を確認する。
- 今回相談の主訴を整理した上で、自殺の危険の程度を判断する。
- リスクが低い場合は、適切な相談先はどこか、適切な相談方法（電話／面接／頻度）は何か検討する。
- 今後の相談方法や、適切な相談窓口の情報を提供する。「お話を伺ったところ、□□の方がより適切な相談が可能です。申し訳ありませんが、〇〇へお電話していただけませんか。」この時、本人のニーズを十分把握し、見捨てられたと感じさせない対応が必要。
- 電話相談で話すことで気持ちが落ち着く人へは、次回の適切な電話相談の方法を（相談時間の目安やルールなど）確認する。



4. 相談体制の充実のために（相談員への支援）

電話をとった直後 相談票に概要を記入しケースの情報を他の職員と共有する。介入対応が必要な場合は一人で抱え込まずチームで動くことを大切にする。

定期的なカンファレンス 対応を複数で客観的に分析することで、相談技術の向上を図る。相談員の対応の問題点に焦点を当てるのではなく、「別の方向性が考えられるか」、「次回同様の電話が来たときにどのように対応するか」といった前向きな検討を行っていく。

電話相談の限界について知る マニュアルにそった対応をとっても、全ての自殺が予防できるわけではない。特に電話での介入には物理的な限界がある。仮に自殺が起こったとしても、それは相談員個人の問題ではない。相談者に対して、自殺防止のできる限りの対応をとったことに意義がある。

職員のメンタルヘルス 深刻な内容の相談や危機介入中は、過度の緊張や心理的負荷が誰にでもかかりやすい。支援者自身の調子が悪くなった時は、上司にその旨を報告し対応を求める。

※相談受理票の例（次ページ）

●引用文献

高橋祥友：WHOによる自殺予防の手引き；平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）自殺と防止対策の実態に関する研究 研究協力報告書、p385-405、2002

高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版、医学書院、2006

●参考文献

河西千秋，平安良雄 監訳：自殺予防；プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き、横浜市立大学医学部精神医学教室、2007

下園壯太：自殺の危機とカウンセリング；自殺念慮への対応とディブリーフィング、金剛出版、2002

高橋祥友：新訂増補版 自殺の危険；臨床的評価と危機介入、金剛出版、2006

東京都立中部総合精神保健福祉センター：相談の進め方；自殺にまつわる相談をめぐる、2008

自殺関連相談 受理票		日付 年 月 日 ()		番号		
		経路 (来所 ・ 電話)		対応者		
		時間 (: ~ :)				
本人	ふりがな		性別	職業 (就業形態等)		
	氏名	(T.S.H 年 月 日生 歳)	男 ・ 女			
	住所		電話 (自宅・携帯)	(連絡可・連絡不可)		
	職場		電話 (職場・学校等)	(連絡可・連絡不可)		
本人は今回相談していることを (知っている・知らない)						
相談者	氏名	(T.S.H 年 月 日生 歳)	性別	本人との関係		
	住所		電話			
主訴						
分類	1.自殺念慮 2.自殺企図 3.自死遺族 4.家族相談 5.知人からの相談 6.その他 ()					
危険因子	自殺未遂歴: 回	方法/時期				
	精神疾患 :	病院/主治医/薬				
	身体疾患 :	病院/主治医/薬				
	家族構成	家族の自殺: 無 ・ 有 ()				
	喪失体験					
	ストレスイベント					
評価	自殺のリスク評価(裏面より転記)		指導内容			
	高度 ・ 中度 ・ 低度 ・ なし		1.一般救急 2.精神科救急 3.精神科受診 4.警察への連絡 5.傾聴 6.支援機関紹介 () 7.その他 ()			
対応						
相談者の反応						
転帰						
統計コード	警察庁統計による自殺の分類			精神保健による分類		再掲
	1 家庭問題 2 健康問題 3 経済問題 4 勤務問題 5 男女問題 6 学校問題 7 その他 8 不詳	1 老人精神保健 2 社会復帰 3 アルコール 4 薬物 5 ギャンブル・嗜癖 6 思春期 7 心の健康づくり 8 うつ・うつ状態 9 その他 ()				

自殺関連相談 受理票	評価日時	年	月	日()
	評価者			

1. 自殺未遂者のリスク評価と対応 (松本、河西)

リスク	自殺念慮	自分を傷つける計画・準備	危険因子の状況	対応	
がない 危険性	がない 危険性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	・なし
軽度	軽度の 危険性	<input type="checkbox"/> 限定的 に存在	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 過去の自殺企図歴がない <input type="checkbox"/> 既知の危険因子が存在しない	・心理、社会、経済困窮に対する介入 ・社会資源に関する情報提供
中度	中等度の 危険性	<input type="checkbox"/> 明確に 存在	<input type="checkbox"/> 具体的 にはなし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 過去の自殺企図歴、もしくは、 一つ以上の危険因子の存在 <input type="checkbox"/> 本人が現在抱えている情緒 的、心理的状态の改善を 希望している	・精神科外来における頻回、継続的な 治療 ・精神科病棟への自発的入院 ・心理、社会、経済困窮に対する介入
高度	高度な 危険性	<input type="checkbox"/> 明確に 存在	<input type="checkbox"/> 具体的に あり	<input type="checkbox"/> 過去の自殺企図歴 <input type="checkbox"/> 二つ以上の危険因子の存在 <input type="checkbox"/> 自殺の意図と周到な計画 に関する言語化 <input type="checkbox"/> 将来に対する絶望感 <input type="checkbox"/> 利用可能な支援の異議を認定 <input type="checkbox"/> 認知の柔軟性は維持	・精神科病院への自発的/非自発的入院 ・心理、社会、経済困窮に関する介入
	非常に 高度な 危険性	<input type="checkbox"/> 明確に 存在	<input type="checkbox"/> 具体的に あり	<input type="checkbox"/> 複数回以上の過去の 自殺企図歴 <input type="checkbox"/> 複数以上の危険因子の存在 <input type="checkbox"/> 認知の硬直化 <input type="checkbox"/> 援助に対する拒絶	・精神科病院への自発的/非自発的入院 ・心理、社会、経済困窮に対する介入

→ 表面の評価欄に転記

2. 危険因子チェックリスト ※高橋(2006)を元に改変

自殺念慮及び危険因子の状況	<input type="checkbox"/> 性別	(・男・女) ※自殺既遂者は男>女がハイリスク 自殺未遂者は女>男である
	<input type="checkbox"/> 年齢	(・高齢者:65歳以上・若年者:15~30歳・中年男性) ※自殺率が高い年齢層
	<input type="checkbox"/> 自殺未遂歴	(・自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応を検討)
	<input type="checkbox"/> 過去に自らを傷つけたことがある	(・リストカット・大量服薬・その他)
	<input type="checkbox"/> 自殺手段が手近にある	(・薬物・毒物・刃物など)
	<input type="checkbox"/> 自殺に関する情報にさらされる	(・過剰な自殺報道・自殺手段の情報入手など)
	<input type="checkbox"/> サポート不足(孤立)	(・未婚者・離婚者・配偶者との別離・近親者の死亡を最近経験など)
	<input type="checkbox"/> 喪失体験	(・経済的損失・地位の失墜・病気や外傷・近親者の死亡 ・訴訟を起こされる等)
	<input type="checkbox"/> 健康を省みない行動	(・違法薬物の摂取・アルコールの過剰摂取・危険行為・治療不遵守など)
	<input type="checkbox"/> 精神疾患の既往	(・気分障害・統合失調症・アルコール依存症/薬物依存・人格障害など)
	<input type="checkbox"/> 身体疾患の既往	(・進行性の病気(がんなど)・慢性疾患、疼痛など)
	<input type="checkbox"/> 性格	(・依存/敵対心・衝動的・強迫的/病的な完全壁・孤独感/抑うつ的 ・反社会的)
	<input type="checkbox"/> 自殺の家族歴	(・近親者が自殺・知人に自殺者が存在する)
	<input type="checkbox"/> 事故傾性	(・事故を防ぐのに必要な措置をとらない ・慢性疾患に対する予防/医学的助言を無視する)
	<input type="checkbox"/> 児童虐待	(・幼児期に身体的、心理的、性的な虐待を受けたことがある)



【こころの健康相談統一ダイヤル】

1. こころの健康相談統一ダイヤルとは

自殺総合対策大綱（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）を受けて、自殺を防ぐための地域における相談体制の充実を図るため、平成 20 年 9 月 10 日より、都道府県・政令指定都市が実施している「心の健康電話相談」等の公的な電話相談事業に全国共通の電話番号を設定する「こころの健康相談統一ダイヤル」の運用を開始しています。

長野県では、①自殺の危機が高まっている人に対して、話を聴くことで自殺念慮を軽減又は回避できるようにする、②具体的な自殺の危機介入を受けられるような方向付けをすることを目的とし、長野県精神保健福祉センター内に開設しています。

2. 長野県における相談件数

長野県での相談件数は以下のとおりです。いずれの年も、本人からの相談が全体の約8割を占めています。

期間	相談総数	そのうち、本人からの相談
平成 20 年 9 月 10 日～平成 21 年 3 月 31 日	95 件	79 件
平成 21 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日	172 件	154 件
平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日	177 件	138 件

3. 自殺に傾くご本人からの主な相談とその対応**(1) 辛い気持ちを聞いて欲しい —— 傾聴**

自殺の具体的な方法までは考えないけれど、日々の生活が辛い、消えてしまいたい感じがする、という方に対しては、ゆっくりとお気持ちをお聞きしています。マニュアルにもありますが、「死にたい」というご本人の気持ちは否定しないようにします。

(2) 死にたい気持ちの背景に生活苦がある —— 紹介・連携

失業や病気などで収入が途絶えてしまった方もいらっしゃいます。自殺の予防は生きていく支援をしていくこととも言われています。“死ぬしかない”と心理的視野狭窄に陥っている状態に対して、生活の支援の具体的な内容や相談先をお伝えすることはその一つと考えられます。お住まいの市町村の福祉担当課などを紹介したり、ご本人の理解が得られれば、当所から関係機関に連絡を入れたりします。

(3) 死ぬための準備をしている —— 介入

相談件数として多くはありませんが、自殺の予告といえる相談電話が入ることがあります。相談対応に当たる相談員は、マニュアルを手元に置きながら一定の時間をかけしっかりと傾聴します。その中でご本人の現在の状況を確認し相談の要点を書き取ります。介入の必要性の判断は、相談対応以外のスタッフが、相談内容を確認して行います。役割分担をすることで相談に集中できますし、総合的な判断ができるようになります。

4. 相談員の養成とフォロー

自殺に関する相談は、相談員に大きな心理的負担がかかります。相談員は常に複数いる状況が望ましいですし、緊急の場合の判断も複数で行えるように整えておくことが必要です。相談を受けた場合には、所属全体で共有し、個人で抱え込まないようにしましょう。