

## 第3章

---

### 自殺予防と権利擁護

## 第3章 自殺予防と権利擁護

### 第1節 ソーシャルワーク実践と自殺予防

#### 1 ソーシャルワーク実践と自殺予防

ここでは、社会福祉士が日々の相談支援のなかで、自殺に関する事柄が含まれている可能性、権利擁護の視点、自殺予防の観点を持つことについて、具体的に確認していきたい。

私たちは、様々な機関に所属、あるいは地域のなかで多様なクライアントの相談に対応している。必ずしも、自殺に関する相談を受けているわけではない。ともすれば、自殺に関する相談とは無縁だと考えていることもあるかもしれない。そのような場合、本当に目の前で、突然「死にたい」「自殺するかもしれない」というような言葉を聞いたとき、私たちは、関係ないということで、対応を終わることでよいのだろうか。あるいは、明確に言葉や行動がなければ、突然のこととして訪れるようなことだろうか。

あくまで、社会福祉士として実践している現場で、その対象者、あるいはその家族などが、自殺をするということは果たして、珍しいことといえるのだろうか。

相談対応という、日々の実践で、特別な対応としてではなく、面接や支援を通じて「アセスメント」「モニタリング」を行う過程で気づく機会がある。

自殺を他人ごとだと考えることなく、身近なところでも起こっているかもしれないという認識をもつことが重要といえる。特別な人が、自殺をするということではなく、普段支援を行っている人、面談に来た人、あるいはその家族などが自殺をするかもしれないという認識をもつということである。

社会福祉士個人の考え方とともに、所属する機関の機能、役割もきちんと認識しておくことも重要である。所属している機関は、通常どのような人を対象にどのような支援を行っているのだろうか、地域においてどのような役割を果たしているのだろうか。同時に、社会福祉士以外のどのような専門家が働いているのかを点検しておくことで普段の組織内チーム体制を確認することができる。また、地域のなかで、「自殺念慮」のある対象者に対する支援を行っている機関はどこなのかを把握していくことで、他機関との連携を速やかに、行うことができる。

目の前で「死にたい」「自殺するかもしれない」と訴える人と出会った際に、どのように対応するか、を考える前に、私たち自身の「自殺」に関する考えかたの傾向をきちんと知っておくことは重要なことである。

#### 2 自殺に関する考え方

「自殺をするかもしれない」「死にたい」という人達への、私たちのなかでの率直な考え方を点検したことがあるだろうか。担当している対象者のかたが、「死にたい」と言われた際に、「また言っている、いつものことだ」「言葉で自殺するという人は、実際にはしないから大丈夫」「私がなんとかしてみる」等々自身の考え方、傾向をきちんと自覚しておく必要

がある。

まずは、チェックシートを参考に、社会福祉士である私たち自身の自殺に関する考え方の傾向を点検してみる。実施したものを他者に見せる必要はなく、率直に社会福祉士個人の考え方をチェックする機会を持つことが重要である。

また、様々な機関がチェックシート等を作成しているので、ひとつのシートにこだわる必要もない。

表3-1 自己チェックをやってみる

## ■ 自己チェックをやってみる

○今の自分の考えを、○か×でチェックしてみましょう。

	内容	チェック
1	自殺について、語る人は、自殺しない。	
2	自殺傾向のある人は、完全に死ぬことに集中している。	
3	自殺は何の前兆もなしに起こる。	
4	危機のあとの改善は、自殺の危険が過ぎ去ったことを意味する。	
5	すべての自殺が予防できるわけではない。	
6	ひとたび自殺に傾いた人は、常に自殺の危険性を持ち続ける。	

『自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き』  
(監修 横浜市立大学医学部精神医学教室 2007)

表3-2 自己チェックをやってみて

解説	
1	自殺するほとんどの人は、その意思を明確に告げている。
2	自殺傾向にある人の大多数は、生と死に関して両価的である。
3	自殺傾向のある人は、しばしば十分にわかるくらい徴候を示している。
4	多くの自殺は、その人が絶望感を破壊的な行動に変えるような意思、活力がもてるくらい状態が改善したときに生じる。
5	すべての自殺を完全に防ぐことはできないが、しかしその大多数は予防できる。
6	自殺念慮は再び現れるかもしれないが、それは永久的ではないし、ある部分の人々においては二度と自殺念慮が再現することはない。

『自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き』  
(監修 横浜市立大学医学部精神医学教室 2007)

自己チェックを行い、解説を確認して自身の考え方との違いは認められたらどうか。WHOによる世界自殺レポートによれば、自己チェックシートに関する下記のような説明がある。

1. 自殺を口にする人は、おそらく援助や支援を求めている。自殺を考えている人の多くが、不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。
2. 自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。人によっては、生き延びたかたとしても、例えば、衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。
3. 多くの自殺には、言葉か行動による事前の警告サインが先行する。もちろんそのようなサインがないままに起こる自殺もある。しかし警告サインがなんであるかを理解し、用心することは重要である。
4. 自殺関連行動は、深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。精神障害とともに生きる多くの人々が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。
5. 自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話

したらよいかわからない。包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。

6. 自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。自殺念慮を再び抱くことは、あるかもしれないが、永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。

上記以外にも、社会には自殺に関する様々な俗説が存在している。それらにとらわれずに、また自殺をする人を特別視することなく、真摯に向き合う必要がある。

## 第2節 アセスメント

### 1. アセスメント（生活支援アセスメントシートの活用）

私たち社会福祉士は、インテーク時をはじめ、正式な支援開始の確認後、定期的に支援計画を作成するために、アセスメントを実施している。そして、定期的にモニタリングを行っていく。インテーク時、正式な支援開始時はまだまだ本人との信頼関係が構築されていないなか、情報収集が難しいかもしれない。しかし、確認しておきたい情報として、生育歴のなかで、身近な人との死別体験、自殺の家族歴、自殺の多い地域など本人を取り巻く情報、ならびに本人自身の過去の自殺企図、自傷行為なども留意していきたい。その過程で、特に自殺に関する気になる行動を耳にしたり、目にしたら、速やかにアセスメントを行い、所属機関で対応を始めるのか、地域のなかの自殺念慮のある人の支援を行っている機関へつなげるのかを判断することが必要となってくる。

インテーク時には、「ジェノグラム」作成を通じて、人間関係、喪失体験、いじめなどの体験も反映することが有効である。その際、過去、現在などいつの時点での情報なのかをきちんと整理しておくことは、有効だといえる。

合わせて、インテーク時は、面接者である社会福祉士は、緊急性の判断、つまりは緊急対応の必要性を判断することになる。

次に、基礎シートにおいては、生活歴、職歴、心身の判断能力、くらしの基盤、現在の暮らしぶり、目指すくらしぶりなどをアセスメントしながら、本人の思考の傾向を検討し、自殺念慮、絶望感、衝動性などを確認した場合は、自殺リスクが疑われるという観点で、「様式11 領域別シート③」に移ることが有効である。「様式11 領域別シート③」を活用する前に、一度、日常活用しているアセスメントツールを点検し、その項目に過不足がある場合、「様式11 領域別シート③」を参考にされたい。

ただし、面接だけで十分な情報を入手することは難しいことが多く、「つなぐ」機能、「繋がれる」機能を活用し家族、近隣者、福祉関係者、医療関係者など、ネットワークのなかで、ルールに基づき情報を共有していくことも必要となってくる。

これらのアセスメントを行うにあたっては、第2章にあるように、自殺の背景要因と自殺リスクが疑われる人の特性についての理解を進めておくことが有効である。

また、私たち社会福祉士は、アセスメントを行う際に、必ずその人の強みに着目する。そして、その人の望む暮らしを可能な限り言語化することも合わせて行う。その中に、保護因子である項目が含まれていることがあることを忘れてはいけない。あくまで、社会福祉士として、日常行っているアセスメントの領域を省いたりしないで行うことが必要である。

そのうえで、自殺リスクが疑われる場合、「様式11 領域別シート③」を活用し、面接を進めていく。その際は、いつ、どのように、何を聴くのかを事前に準備しておくことも有効である。

例えば、計画・手段・実行時期に関して、尋ねることは容易なことではない。誰が尋ねるべきか、はチームでの判断、専門機関からの助言を受けるようにすることが必要である。また、自殺念慮について尋ねることは、次の配慮が必要である。

- ・ 静かでプライバシーが守られ、感情表出が可能である
- ・ 面接者との信頼関係構築
- ・ 直接的に尋ねるのではなく、少しずつその話題について触れるという姿勢
- ・ 本人がしんどいけれど、この話題について話そうと考えている

## 2. 「自殺の意図の確認」「自殺をしないという約束」の扱いについて

一般的に、医療や保健、精神保健福祉の相談支援の現場では、自殺しようとするリスクが増している場合は、明確に「自殺」という表現を直接的に用いて、自殺しようとする意図があるかどうか、自殺しないように本人と約束をすることが原則とされていることが多い。

例えば、「自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き」（監修 横浜市立大学医学部精神医学教室 2007）（以下、「手引き」）においても、「その人が自殺の考えを持っているかどうかを見分ける一番良い方法は、そのことを彼らに尋ねてみることである」とある。その理由として、「自殺しようとしている人たちが苦しんでいる課題について隠さずに話ができることは、彼らにとって安心につながる」からとしている。

支援者がストレートに尋ねることは相談者が「自殺のことを私（＝支援者）に話してもかまわない」という暗黙のメッセージにもなる。

しかし一方で、手引きでは「自殺念慮について尋ねることは容易なことではない。その話題には少しずつはっていくようにするのがよい。」という記載もある。

経験年数の浅い社会福祉士が関わっている場合、自殺リスクを抱えるクライアントに対して、どのようなタイミングで自殺の意図の確認や、自殺の方法を確認するのは容易に判断がつかないことが想定される。

なお、手引きでは、タイミングの見極めと「相手に信頼を寄せて話していること」「しんどい話ができる本人が考えていること」等の大前提があった上で、自殺念慮について「聞く必要がある」となっている。

ただし、「自殺しない」という約束をとりつけることが面接の目的ではない。この約束は、

継続的な支援関係の維持の一つの目安であり、むしろ、「約束するところまで面接できたか」が大事な視点である。こうした約束の効力を高めるには、次回の面接予約とセットで約束を取り付けるなどの工夫が不可欠である。

普段行っている面接場面での延長で行うことができるのか、その置かれている環境などをよく吟味したうえで、この点についてもチームなどを活用し進めていくことが重要である。

「様式11 領域別シート③」を活用したあとは、これで終了ではない。要約表を活用し、全体の情報を整理・分析し、再アセスメントを行うことが必要といえる。

具体的に、何が気になったのかをアセスメントシートなどを活用し、明確にしておきたい。例えば、職業や、経済的な問題をはじめとする「今まで確認されていない生活の不安定さ」などが認められたのか、具体的には、アルコール関連や統合失調症、うつなど精神疾患、がんをはじめとする進行性の疾患の発症や治療がうまくいっていない、あるいは完治の難しい身体疾患の告知があったのか、学校や職場でいじめにあったのか、夫婦の関係や親子の関係がうまくいかず、虐待、DVなどが起こったのか。

社会生活を送るためには、自分自身だけでは難しいと思えるような環境に置かれているにもかかわらず、支援をしてくれる人や、活用できる社会資源につながっていない、あるいはつながっていたはずが拒否しているという状況に対して気になったのか。

また、抱えている不安を紛らわせるために、飲酒や薬物に頼るような行動は確認されていないか。などを今後の支援に活用していくため、情報の整理を行いたい。

最も、聞き取りが困難かもしれない、自殺企図手段への容易なアクセス、自殺につながりやすい心理状態、自殺の計画などについても後日にしよう、など個人で判断することなく、アセスメントを進めていく必要がある。そのために支援チームでしっかり検討、役割分担を行っていく必要がある。

### 第3節 チームを意識する

#### 1. チームアプローチ

所属する機関の持つ機能、社会福祉士自身の職責などは多様で、日常支援を行っている対象者などが自殺のリスクの高い人とは限らない。具体的な支援の対象となる人の特性によって日常的に組んでいるチームの構成も様々といえる。

アセスメントシートの点検とともに、支援チームに医療職や心理職など自殺に関する支援について連携できる職種がいるのか、いない場合の具体的な連携方法なども確認しておくことと個人での抱え込んでしまうことや、経験や知識が十分でない場合に必要以上の不安を抱えながら支援していくことを解消することにもつながる。

実際には、日々の記録などについて、どのような点を記録に残すのか、カンファレンス以前に、朝礼、ミーティングなどの日々のチームや組織としてのやり取りのなかで、気になる情報を共有できる環境が望ましい。

その上で、日々の支援の姿勢、声掛け、見守りの方法につなげることを意識していくこと

ができる。組織によっては、「ひやりはっと」シートなどを活用し、速やかに協議検討できる機会を確保していく方法もある。特に、直接的な表現を含む深刻な相談や話を聞いた場合は、有効といえる。

多職種におけるチームでの情報共有という点において、組織として、関与する専門職として「守秘義務があること」を十分に自覚することが重要である。原則的には、相談支援を始める際に個人情報に関する同意書を作成しており、その内容に目的、共有方法・場面などが記載されているか改めて、点検しておくといい。

しかし、チームを構成する専門職のなかに、あるいは関係する機関のなかに守秘義務にこだわり、チームでの必要な情報共有が行えないこともある。そのような場合、個人情報保護法における例外規定にある「人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」に相当する場合、同意なく目的外に個人情報を取り扱うことが認められていることを説明することが重要である。この点については、「生活支援アセスメントシート」裏面にも記載がある。

## 2. 面接・対応のバトンタッチが生じることについて

最後に、死にたい気持ちを尋ねることに慣れていない新人の社会福祉士は、下記の点を参考に、相談者との信頼関係の構築に努めていきたい。死にたい気持ちをたずねることはアセスメントの入り口になる。相手が話し出した内容は流れを止めずに受け止め、話をききとることが他の機関につないでいく際のリスク分析においても重要である。

新人の社会福祉士で支援に不安があっても、安易に他の支援者にバトンタッチすることは避け、相談者の話を遮らずに傾聴し、関係性を断ち切らないことが必要である。なぜなら、そのような姿勢を見せることは、死にたいほど深刻になっている相談者からすれば、やっとの思いで打ち明けた相手から関係を拒絶された感覚を感じさせてしまいかねないからである。

新人の支援者が即座に適切に助言や指導を受けられるとは言い切れない。例えば、新人の支援者が、どうしても希死念慮について尋ねられない場合は、(死にたいほどの)辛さの内容、背景について、「そんなことをおっしゃるほどつらいのですね」などの言葉をかけ、相手の気持ちに寄り添い、関係性を断ち切らない姿勢をつらぬくことが求められる。また、相談の途中で上司等がフォローする場合も、「自分だけでは力不足なので、私の信頼する相談担当者も一緒に支援してもよいか」等と伝え、本人の了解をもらい、途中で相談者から「逃げ出した」訳ではなく、相談者を引き続き支えることを一貫して伝えることが欠かせない。こうした姿勢が相談者との信頼関係の構築の上で基本となるからである。



## 領域別シート③（自殺リスクが疑われる場合）

作成日 年 月 日

記入者

○聞き取りにあたっては、参考1「メンタルヘルス・ファーストエイドによる支援」を参考にしてください。

氏名	(ふりがな)	性別	年齢	同居状況	
		男・女	歳	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 知人宅	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人の状況	(自殺を考えたくなるほど、本人が追い込まれている背景は何か、死を連想させる具体的な言動はあるか など)				
職業問題・ 経済問題・ 生活問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(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 など)			
精神疾患・ 身体疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(うつ、アルコール関連問題、統合失調症、身体疾患での病苦、がん、HIV、AIDS など)			
	留意点	○ <u>アルコール症とうつ病の両方を示す人は、非常に自殺の危険性が大きい。</u> ○ <u>自殺の危険性は、疼痛や慢性的な病状において増大する。</u> (出典)「自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き」(2007)			
ソーシャルサポート	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	(支援者がいない、社会資源が活用できない、支援を拒否する など)			
自殺企図手段への容易なアクセス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(危険な手段が手元にある、危険な行動に及びやすい環境にある など)			
自殺につながりやすい心理状態	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(自殺念慮、絶望感、衝動性、孤立感、悲嘆、諦め、不信感)			
	留意点	○ <u>参考2</u> 「抑うつ気分のチェックリスト」等を参考にしながら、「睡眠」→「集中力」→「自信の低下」→「罪悪感」→「悲観的考え方」→「自殺念慮」→「体重(食欲)」等を聞く方法もある。			
望ましくない対処行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(飲酒で紛らわす、薬物を乱用するなど)			
危険行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(自傷行為、道路に飛び出す、飛び降りようとする、自暴自棄な行動をとる など)			
過去の自殺企図・自傷行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(いつごろ、状況、方法、意図など) ← 寝掘り葉堀聞かないこと。(無理して聞かない)			
喪失体験・苦痛な体験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(身近な人との死別体験、いじめ、家庭問題など、)			
その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	(自殺の家族歴、自殺が多く発生している地域が近隣にある など)			

自殺の計画	<input type="checkbox"/> あり	(いつ、手段の確保、場所の設定、死後の準備 等)
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 不明	



※「周囲の関係者は危機感を感じているが、本人は否定している」等、情報にズレがある場合についても留意しながら自殺リスクの判断を行ってください。

総合的な援助の方針			
面接者の判断	<input type="checkbox"/> 継続対応の必要あり <input type="checkbox"/> 専門機関につなぐ <input type="checkbox"/> その他 ( )	緊急対応の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
判断の根拠・対応方針	※1 「自殺リスク」と「保護因子」を勘案した上で判断すること。 ※2 「周囲の関係者」と「本人の言動」にズレがないかに留意すること。		
専門機関につなぐ場合の留意点	<p>○紹介先に電話を入れ、本人が抱えている問題の概要を説明し、対応可能であることを確認する。</p> <p>○先方が対応できる日時、窓口名、担当者名等を確認し、必要であれば予約をする。</p> <p>○相談機関名、電話番号、アクセス方法、相談対応日時、窓口名、担当者名を本人に確実に伝える。 →可能であれば、当該機関のリーフレットを渡したり、メモして渡すことが望ましい。</p> <p>○必要に応じて、上司や管理者の同行を提案する。もしくは、積極的に同行を申し出る。</p> <p>○紹介した機関に相談した結果等について、事後報告してくれるように本人に依頼する。あるいは、こちらが紹介先に直接電話を入れて、その後の経過を確認することに関して本人の了解をとっておく。</p> <p>○問題が深刻で自殺のリスクが高いと思われるケースについては、当該相談機関に対し、相談者が実際に訪れたかについて直接確認すること。</p> <p>○生命、身体の保護のために必要がある場合には、本人の同意を得ることが困難であるとき、第三者に情報を提供することができる旨の例外規定がある。(個人情報保護法第23条)</p> <p style="text-align: right;">参考「自殺未遂者への支援の方法」(長崎県自殺対策専門委員会)</p>		

参考 保護因子の例 ← 「自殺リスク」と「保護因子」を勘案した上で判断すること。  
 「心身の健康」「安定した社会生活」「支援の存在」「利用可能な社会制度」「医療・福祉サービス」「適切な対処行動」「周囲の理解」等

【参考】「ゲートキーパー養成研修テキスト」(内閣府)、「自殺予防 プライマリ・ヘルスクエア従事者のための手引き」(2007)

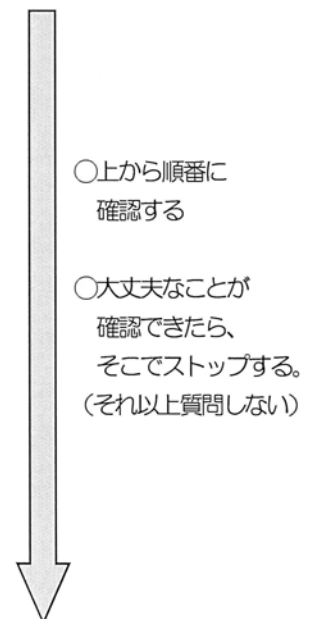
参考1 メンタルヘルス・ファーストエイドによる支援

こころの支援「 <b>りはあさる</b> 」		
<b>り</b>	<b>りすく評価</b>	○自殺の方法について計画を練っているか、実行する手段を有しているか、過去に自殺を未遂したことがあるか、を評価しましょう。 ○「消えてしまいたいと思っていますか?」「死にたいと思っていますか」とはっきりと尋ねてみるのが大切です。
<b>は</b>	<b>はんたん・批評 せずに聞く</b>	○どんな気持ちなのか話してもらうようにしましょう。 ○責めたり弱い人だと決めつけたりせずに聞きましょう。 ○この問題は弱さや怠惰からくるのではないことを理解しましょう。 ○暖かみのある雰囲気に対応しましょう。
<b>あ</b>	<b>あんしん・情報 を与える</b>	○現在の問題は、弱さや性格の問題ではなく、医療や生活支援の必要な状態であること、決して珍しい状態ではないことを伝えましょう。 ○適切な支援で良くなる可能性があることも伝えましょう。
<b>さ</b>	<b>さぼーとを得 るように進める</b>	○医療機関や関係機関に相談するように進めてみましょう。 ○一方的に説得するのではなく、相手の気持ちを踏まえて、「専門家に今抱えている問題を相談してみませんか」といった提案をすると、相談の抵抗感を減ずるかもしれません。 ○一緒に相談に行こうと進めることも安心につながります。
<b>る</b>	<b>せるふへるぶ</b>	○アルコールをやめる、軽い運動をする、リラクゼーション法（ゆっくりと呼吸をする、力を抜く等）などを行うことによって、メンタルヘルスの問題による症状が緩和されることがあります。 ○家族などの身近な人に相談することや、自分に合う対処法を勧めてみたりするのもよいかもしれません。

【出典】「誰でもゲートキーパー手帳」（内閣府）

参考2 抑うつ気分のチェックリスト

	内 容	確認
1	寝つきはどうですか?	
2	途中で目が覚めてしまって、もう眠れなくなってしまうますか?	
3	朝起きたときに寝た気がしないですか?	
4	だるくて、疲れやすいですか?	
5	集中力が落ちてミスが増えましたか?	
6	自信がなくなっていましたか?	
7	自分を責めたりは?	
8	気分が落ち込んでいませんか?	
9	今まで楽しめていたことも、する気がしなくなっていないですか?	
10	いっそのこと死んでしまいたいと考えたりしますか?	
11	体重が減りましたか?	



(出典)『プライマリケア医による 自殺予防と危機管理』（南山堂、2011）を一部改変。

### ミニワーク

ここでは、これまで社会福祉士として、相談支援を中心に支援してきたなかで、「自殺」に関する社会福祉士自身の考え方を「ミニワーク」を通じて、確認してみましょう。

ただし、この振り返りは、あくまで実践上のことであり、「家族」「友人」など個人的な経験を振り返るものではありません。また、支援していた方が亡くなったことを、ここで振り返ることが負担な場合は無理をする必要はありません。

#### ① 自らの実践のふりかえり

これまで、社会福祉士として、相談支援を中心に支援をしてきたなかで、「自殺」に関連して、気になる場面、人について振り返ってみましょう。

#### ② グループで共有

答えを出す、ということではなく、意見交換を行うことを目的にします。

どのような場面で、どのような対象者と、どのようなやりとりを行ったのかなど具体的に振り返りながら、気になった事柄についての意見交換を行い、なぜ気になっているのかなどについて意見交換を行います。

事例検討を行う場ではありません。

#### ③ 意見交換の紹介として、発表。

社会福祉士として、守秘義務のある専門職として、グループ内での意見交換の状況を発表していただきます。発表内容などを受けて、改めて、自殺を防ぐこと、権利擁護の視点などを確認していくことを目的にしています。

具体的に、私たちのできること、あらためて、自殺を考えている、あるいは自殺したいほどの状況の方を「発見」する機能、そのような人たちを適切なタイミングで、状況に応じた対応機関に「つなぐ」機能について、確認していくことも重要な視点となります。

決して、個人の力量、関心で対応することなく、地域のなかの日々のネットワークのなかで、自身の所属する組織の機能を十分に、かつ社会福祉士としてその役割を担っていく必要があります。

私たち、社会福祉士の普段の面接、アセスメントを行うなかで、「強み」を見出し、本人の望む暮らしを言語や他の方法で、表出できるよう意思決定を支援していくことがあります。同時に、自らの暮らしのなかで、どのような問題を感じているのか、どのように暮らしにくさが出現しているのか、それはいつからなのか、クライアントとともに、真摯に向き合っていくことを忘れてはいけません。

**参考** 発表のなかに、「支援をしている人が、自殺をしてしまった場合の意見交換、および発表があった場合」には、必要に応じて、所属組織での取り組み状況の確認に、下記の内容にふれてください。

初動期として、情報の管理や事実確認に関することが重要といえる。

管理者をはじめとする役割分担、家族への連絡内容と方法、クライアントの方々の安全確保、そして日常的に支援をしていた支援者への支援、そして続いている自殺を食い止めるための対応などが求められる。警察、行政をはじめとする機関への連絡、連携などもあり、場合によっては法的責任への対応も可能性としてありうることも、機会を設けて想定しておくことが有効である。

そしてなによりも、事後対応がその組織において適切に行われているかが重要である。

クライアントへの対応、支援者への対応が考えられる。

特に第一発見者となった場合、もともと自殺に関するリスク、危険因子を持っている場合などは、影響を受けやすいと思われるため、情報の開示に関すること、しっかりと話を聞き感情の表出の機会や、不安になっている際などにいつでも相談乗れる体制を整えることも重要といえる。

どのようにクライアントに伝えるのかを組織として、確認し個人の判断で対応することは避けるべきである。その際の反応も含め、日々の実践で行ってきた記録を、対象となるクライアントに向けて観察の視点を持ち続け、情報の共有および分析に活用し、「変化への早期の気づき」、「感情の表出の機会の確保」などを組織で確認した体制の整備を行っていくことに反映していく必要がある。

同時に、支援者に対しても、管理者は、組織全体および、支援者へ個別の対応を心掛ける必要がある。自殺発生後の職員の心のケア対策を危機管理・対応マニュアルなどに盛り込むことも必要といえる。その際は、一機関で行わずに、法人全体、あるいは外部の機関の協力などを得やすいよう、具体的な連絡、連携についても検討、記載しておく必要がある。支援者にとっては、自分の、自分たちの支援の在り方を否定することも考えられる、特に、第一発見者など自殺者とのかかわりが深かった支援者へはじっくりフォーマル、インフォーマルにかかわらず話を聞く、専門機関の活用も積極的に活用すべきである。

また、セルフチェック表の活用を通じて、状態の把握を行い、心身の調子を崩している場合は、休養、医療機関につながるよう促すことも必要といえる。

そして、死亡事例検討会などを開催することも有効といえる。開催にあたっては、その時期、参加者の選定などの検討が必要といえる。可能なかぎり専門家等スーパーバイザーの参加を促し、同時にルールの確認も行い、再発防止につながる開催が望ましい。

## 【参考文献】

- ・ 自殺予防総合対策センター監訳『自殺を予防する—世界の優先課題』自殺予防総合対策センター、2014年
- ・ 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、2010年
- ・ ショーン・C・シア、松本俊彦監訳、鈴木剛子、近藤正臣、富田拓郎訳『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年
- ・ 北村俊則監訳、奥野大地、鹿沼愛、弘世純三、小笠原貴史訳『自殺の対人関係理論』日本評論社、2011年
- ・ 松本俊彦『もしも「死にたい」と言われたら 自殺リスクの評価と対応』中外医学社、2015年
- ・ 下園壮太『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年