

**応用編：社会資源を活用するための
対応方法
～危機対応のための4 step～**

応用編：社会資源を活用するための対応方法

～危機対応のための4 step～

自殺を考えている人の支援に、社会資源をうまく活用していくためには、危機介入と支援連携を組み合わせた対応が必要です。また、心理的アプローチとソーシャルワークを同時並行で組み合わせていく必要もあります。

ここでは、自殺を考えている人に対して、自殺の危険性を減じながら支援を提供するための「危機対応のための4 step」を紹介します。



危機対応のための4 step

- 1) 自殺の危険性のあるものを支援の対象として認識する
- 2) 初期対応として適切な心理的働きかけを行う
- 3) 危険度の判断として自殺念慮や危険因子、防御因子を確認する
- 4) 具体的支援として自殺以外の問題解決が選択されるように地域資源につなげていく

Step 1) 対象の認識 ; 気づき

自殺を考えている人が自殺企図直前に、「死にたい」、「もう生きていたくない」というような言葉を述べたり、急に周囲との関係を断つようになるなど、間接的、直接的なサインを発していることが多いことは広く知られています。

自殺の危険性を示すサインを総じると、「いつもと違う」「普段と何か様子が違う」ということになると思います。まずはこのサインに気づき、関わるべき対象として認識することが支援の出発点となります。

通常は相談者が相談窓口を訪れて支援が開始されますが、自殺を考えている人は、相談に繋がらずに自殺企図に至る場合も多いため、支援者がそのサインに気づき、一歩踏み出す勇気が必要となります。

Step1. 対象の認識

～自殺のサインの認識は支援の出発点～

- 支援者のサインに対する感度を上げる
 - 直接的なサイン
 - 特異度が高い
 - 自殺念慮、自殺企図、危険行動、相談行動、自殺の準備等
 - 間接的なサイン
 - 特異度が低い
 - 落ち込んでいる、様子が違う、体調が悪い、不眠、投げやりな態度、社会生活上の問題
 - 危険因子の存在と防御因子の欠如

Step2) 初期対応：適切な心理的はたらきかけ

(1) 信頼の構築；印象、雰囲気

サインに気づいた後の初期の関わりが、その後の支援全体の成功を左右するともいえます。支援者が真剣に話を聞き、誠実に対応しようとしていることが相談者に伝わるのが重要です。

具体的には温かい声掛け、口調、話し方、言葉遣い、表情、雰囲気など言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーション、安心して相談できる環境の設定など多岐にわたる配慮が必要となります。

特に、非言語的コミュニケーションが相手に与える印象は大きいものです。特に初期対応の段階では、相手に安心感を与え、相談してよいのだと思わせるような雰囲気を作ることが何よりも重要です。

Step2.1 信頼の構築

～印象、雰囲気～

- 初期の情緒的雰囲気が支援全体の成功につながる
- 相談者との関係を構築することが大切である
- 常に細かい気配りが重要となる
- 表情や視線などの非言語的なコミュニケーションにも配慮する
- 温かみのある印象のチェック

(2) 傾聴しながら、抱えている問題や動機を確認する

次に心掛けることは、苦痛を感じている相談者の話に耳を傾けることです。そのためには、話をじっくりと聴くという意識を持つことが必要です。

例えば、相談者の苦悩の語りを受け止めるために、相づちを打つなどして支援者の共感的なメッセージを伝えることも効果的です。しかし、相談者を説得したり、「良い」、「悪い」という評価を加えたり、安易に励ますことは避けるべきです。加えて、「死にたい」と考える背景に不合理な理由があったとしても、それを解釈したり分析的になることも避けなければなりません。

傾聴という「語りを大切にする」アプローチを続けながら、一方で必要な情報を収集する冷静さも必要です。傾聴することで、相談者の話を理解しながら、かつ、相談者が抱えた問題を見定めていくというソーシャルワーク的な課題も実現していきます。

Step2.2. 傾聴

- 聴く姿勢を伝える
 - 相づち: 話の流れを止めない
 - 繰り返す
- 重要な点をつかむ
 - 言い直し
 - 言い換え
- 関心を示し、重要な点に話をむける
 - 焦点づけ
 - 話を深める
- わかりやすい言葉で多くの情報をまとめる
 - 要約する

Step2.3. 情報収集

調査的に聞かず、ナラティブなアプローチを行う

- 積極的傾聴
 - 焦点づけ
 - 話を深める
- コミュニケーションのパターンや思考の流れを止めない工夫
- 不快感を増さない
- 危険因子を強調しすぎないで聴く
- 自殺が問題を解決する手段と固く信じている場合、危険性は高い

(3) 承認

初期対応では、相談者の心理的状态を踏まえて関わる事が目標となります。支援者は、相談者の言葉を受け止め、相談者が苦痛に耐えていることを理解していると伝える必要があります。したがって、「大変でしたね」とか「よくやってくれましたね」というように、相談者に対する承認やねぎらいの気持ちを言葉にして伝えることが大切です。

Step 3) 危険度の評価 ; 自殺念慮、危険因子、防御因子の確認

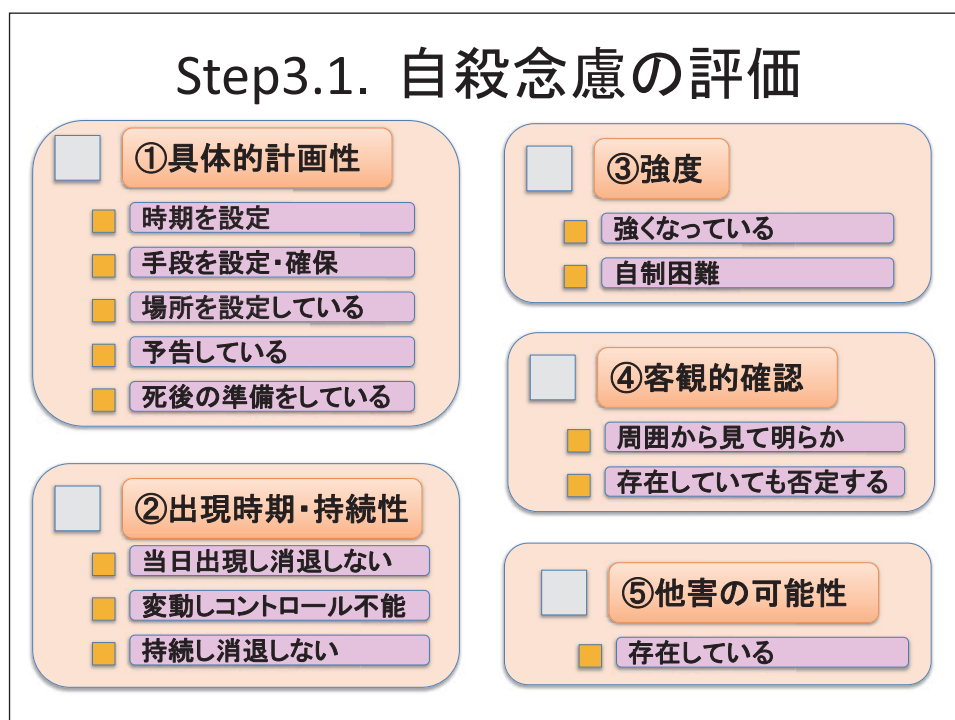
(1) 自殺念慮の確認

自殺を考えている人から「死にたい」と告げられた場合には、その話題を逸らさないことが大切です。

自殺を考え、自殺のリスクが高い人は、さまざまな問題を抱え、解決する手段は自殺しかないと思いつめている場合が多くあります。「死にたい」という話題に焦点を当てていくことで、本人が陥っている現状や自殺念慮の程度等が明らかになり、問題解決を図るための糸口がみつかります。

自殺念慮を確認する時には、

- 1) 自殺を具体的に計画しているか、手段を確保しているか
- 2) 出現時期はいつからか、どの程度持続しているか
- 3) どの程度強いのか
- 4) 客観的に焦燥感があったり、遺書を準備しているなどの行動が確認できるか
- 5) 他害の可能性はあるか 等を把握するようにします。



(2) 自殺の危険因子と防御因子の確認

危険度の評価としては、危険因子や防御因子の確認が必要です。加えて、直近の1～2日の危険性を検討するためには、計画性のない自殺行動を出現させるような要因についても確認します。例えばストレスをアルコールで紛らわすというような不適切な対処行動の有無や、本人のそばで様子を見守ってくれる人がいるかどうかなどの支援体制についても合わせて確認するようにします。

Step3.2. 危険因子と防御因子

◆ 自殺企図のハイリスクのサインの確認

①引きこもりがちな行動、家族や友人と関係性をつくることができない ②精神疾患 ③アルコール症 ④不安やパニック ⑤性格の変化、イライラを示す、悲観主義、うつ病あるいは生氣的感情の減少 ⑥食習慣や睡眠習慣の変化 ⑦自殺未遂歴 ⑧自己嫌悪、罪悪感、無価値観あるいは恥の意識 ⑨死別、離婚、別離など、最近経験した大きな喪失 ⑩自殺の家族歴 ⑪突然、身辺整理しようとしたり、遺書を書こうとするなど ⑫孤独感、無力感、絶望感 ⑬自殺をするという書置き ⑭身体的に不健康な状態 ⑮死、あるいは自殺について繰り返し言及する

(WHO自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き(日本語版第2版, 河西千秋・平安良雄監訳, 2007)

*WHO 自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き(日本語版第2版, 河西千秋・平安良雄監訳, 2007)

(3) 問題解決志向性の確認

「何がだめだったのか」と考えるのではなく、「これから問題をどのように解決していくか」という視点で一緒に問題を考えていくことを提案します。

そして、相談者自身も一緒に問題の解決を目指そうとしているかどうかを確認します。相談者と援助者が問題を一緒に考えること自体が自殺のリスクを減じるアプローチとなります。

一方で、例えば、「自殺以外に問題を解決する方法はない」とか「生きている意味はない」というように、問題解決に対する否定的思考が強固な場合には、自殺の危険性は非常に高いと考えられます。

Step3.3 問題解決志向性の確認

- 「何がだめだったのか」と考えるのではなく、「これから問題をどのように解決していくか」という視点で一緒に問題を考えていくことを提案する。
- そして、相談者自身も一緒に問題の解決を目指そうとしているかどうか（問題解決志向性）を確認する。

Step4) 具体的支援 ; 問題解決、社会資源の活用と連携

(1) 支援の意志の表明

支援者が真剣な態度で「力になりたい」、「支援をしていきたい」と表明することは、支援の出発点になります。また、相手が安心して相談できることにつながります。自殺を考えている人はしばしば、いろいろな問題を抱え、試行錯誤の末に「もう解決する手段はない」、「死ぬほかに解決の手段はない」と考え、諦めの気持ちを感じています。支援者が支援の意志を言葉にして伝えることは、自殺以外に解決の選択があると相手が考えることにつながる重要なステップです。

(2) 問題の明確化～質問～

相談者が抱える問題を適切に把握するためには、支援者が問題解決に向けた質問を活用することも重要です。自殺念慮が出現するまでの経緯を聴き、質問を上手に使いながら、相談者が直面化している問題を把握し、今後、問題解決に繋げていけそうな要因はないか、防御因子は何かなどを明らかにしていきます。

質問の形式としては、

- 1) Open (開かれた質問) ⇔ Close (閉じられた質問)
- 2) Future (前向きな質問) ⇔ Past (後ろ向きな質問)
- 3) positive (肯定型でおわる質問) ⇔ negative (否定型でおわる質問)

などの質問の形式を適切に選択するようにします。

例えば、開かれた質問 (例:「○○についてどうお考えですか?」) は相談者の考えや思いをそのまま引き出しやすく、前向きな質問 (例:「明日からできることはありますか?」) は相談者の前向きな考えや意欲を引き出しやすくなります。また、肯定型でおわる質問 (例:「○○するために、今できることは何でしょうか?」) は、問題解決に向けた肯定的な意見を引き出すことができます。一方、後ろ向きな質問、否定型でおわる質問を組み合わせた場合 (例:「あの時どうして○○しなかったのですか?」)、相談者が責められたように感じる場合もあるので留意してください。

Step4.2. 質問 ～問題の明確化～

- 適切な情報収集と問題解決の方向づけに効果的な質問を行う
- 質問形式により焦点づけや相談者のところに寄り添うことができる
 - Open(開かれた質問) ⇔ Close(閉じられた質問)
 - Future(前向きな質問) ⇔ Past(後ろ向きな質問)
 - positive(肯定型でおわる質問) ⇔ negative(否定型でおわる質問)
 - 意見の表明(私は〇〇を知りたい)

(3) 適切な問題解決の選択

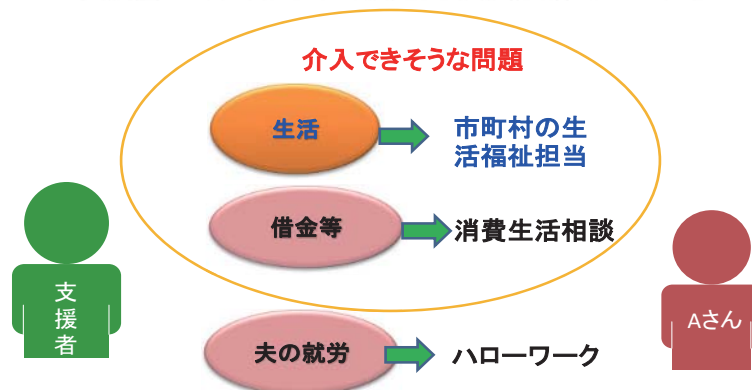
自殺を考えている人への支援では、問題解決という視点で現実を捉え直していく必要があります。また、短期的な問題解決と長期的な問題解決という視点も必要です。自殺念慮出現後 2-3 日は非常にリスクが高いため、特にこの時期には、短期的な問題解決に向けて現実的で具体的な解決手段を選択し実行をサポートします。

Step4.3. 問題解決

◆相談者の抱える問題を共有する



◆援助者が介入できそうな問題を取り上げる



(4) 適切な提案の仕方

自殺を考えている人は、心理的にも追い詰められた状況にあります。

支援者からのメッセージや問題解決に向けた提案は、相談者の話を傾聴し、その苦悩や経緯を承認した上で行うようにします。一方的な提案は「お前に何がわかるのだ」という気持ちを引き出し、絶望感をさらに強めることとなります。伝え方としては、穏やかな語り口調で、ゆっくりと相談者の反応をみながら伝えていくことがポイントです。

支援者が問題解決に向けた提案を伝える上では、アサーティブな対応（相手の気持ちも尊重した伝え方）を心掛けるようにします。

アサーションとは、

- 1) 客観的な状況を伝える
- 2) 自分の気持ちや考えを伝える
- 3) 具体的な提案する
- 4) 提案に対する可否を尋ねる

という流れを基本とします¹⁾。

支援者としては、現状をどう捉え、どうしたら問題解決に繋がると考えているのか、また、具体的にどのような手段や方法が提案できるのかを丁寧に伝えるとともに、相談者がその提案に対してどう思っているのかを尋ねるようにします。

相手の気持ちを踏まえずに、一方的に問題解決を提案したり（攻撃的なコミュニケーション）、必要以上に配慮しすぎる（非主張的なコミュニケーション）ことなく、アサーティブ・コミュニケーションを用いて相談者と一緒に問題解決を図るようにします。

アサーティブな伝え方のコツ

•**みた**こと(客観的な状況)

•○○の状況で...

•**かん**じたこと(主観的なこと:相手の言動に対する自分の考えや気分)

•私は○○となるので...

•**てい**あんする(提案:相手に望む具体的な行動の提案)

•○○して欲しい...

•**いな**(可否をたずねる:他の選択肢を再提案)

•もしくは○○はどうですか...



(5) 安全性の確保

自殺の危険性がある人が、自殺に至るような危険な手段をとらないように抑止することが大切です。自殺の手段となりうるものを本人の周りから除去したり、本人が危険な行動に至らないようにしましょう。また、アルコールや薬物の乱用は自殺の危険性を高める場合があるため注意が必要です。

Step4.5 安全性の確保

- 危険因子の除去
 - 自殺企図手段、危険行動、ホットスポット対策
 - 誤った対処行動
 - 具体的問題
- 安全の確保
 - 健康問題等の支援
 - サポート者の確保
 - 社会生活上の困難の支援
 - 制度活用等
 - 緊急連絡先

(6) 連携

自殺を考えている人は、複合的な悩みを抱えている場合が多くあります。さまざまな支援を連携させていくためには、相談者の生活や状況に合わせて支援全体をコーディネートして調整を図ることが必要です。

そのためには、本人のキーパーソンとなりうる人を確認したり、問題解決に携わる地域の実務者に繋げていくようにします。

可能な限り、地域で活用できる社会資源を活用することを目標とすることで、地域の多職種による総合的で複合的な支援につなげていくことが可能となります。

連携にあたっては、相談者が連携先に確実に繋がることできるように、可能な限り連携先に直接連絡を取り、相談の場所、日時等を具体的に設定して相談者に伝えるよう

にします。また、一緒に連携先に出向くことができる場合には直接的支援を行ったり、それが難しい場合には、地図やパンフレットを渡したり、連携先へのアクセス（交通手段、経費等）等の情報を提供するなどの間接的支援を行います。

十分な心理的働きかけや支援がない、十分な社会的支援がない、具体的でない、迅速でない、計画が混乱している、支援者が約束を守らない、というような状況の時は、相談がうまくいかず、つながらないという問題がしばしば生じます。

Step4.6 連携 ～相談者との相談過程～

- 相談者の関与：相談者が問題解決の過程に積極的に参加するときには、約束は守られやすい。
- 具体性：目標設定や行動目標が具体的な方がよい
- 見通し：いつ目標が達成されるかの見通しを伝えた方がよい
- 行動目標が果たされなかった場合に相談者および支援者における肯定的、否定的結果について

(7) 情報提供

具体的な支援の一つとして、相談者が必要とする情報を適切に提供することが挙げられます。情報を提供することで相談者の問題解決志向が高まります。

また、自らが問題解決のプロセスに主体的に関わることができます。適切な情報を提供するためには、支援者は常日頃から地域の関連機関の最新の情報を確認しておく必要があり、リーフレット等のように活用できる媒体を常に揃えておくようにします。



(8) 家族等への働きかけ

家族や周囲に安心を与え、信頼関係を構築し、さらに支援への協力体制を構築することが大切です。

○家族・周囲の者に安心を与える

家族やその周囲は本人の心理状態や困難さに直面して悩みを抱えていたり、心理的に動揺している場合が多いため、支援者は家族やその周囲に安心を与えることが大切です。具体的には、温かみのある、そしてゆっくりと落ち着いた対応を心がけるとよいでしょう。家族やその周囲が本人と一緒に相談に訪れている場合には、これまでの経緯や相談内容、地域で活用可能な社会資源、支援の方針等について適切に情報提供

しましょう。

○家族からの情報収集

家族から本人に関する情報を収集して、経緯を確認しましょう。

○家族・周囲が抱く悩みの受容

家族・周囲も悩みを感じている場合も多く、家族自身の悩みにも焦点を当てるとよいでしょう。また、これまで支援してきた家族やその周囲へ承認、ねぎらいの言葉をかけましょう。

○本人に対する支援の要請

家族やその周囲と協力体制を構築できるように支援を要請します。

○本人と家族・周囲の者の両者に対して中立的立場が原則

家族や周囲と本人の間に意見の相違がある場合には、しばしば対立的になってしまう場合があります。支援者は対立する問題に対して、中立的立場から両者の相互理解につながるよう働きかけを行います。

(9) 支援の継続

上記のような支援を提供した後、実際に適切に支援に繋がれたかどうかを確認する必要があります。関係機関が複数関与する場合には、支援全体をコーディネートしマネジメントする責任者を決めます。そして、関連機関ごとにどのような支援を提供したかをフィードバックし合い、更なる支援計画を立てるようにします。

支援する上では、「自殺しない」約束をすることが大切であるといわれています。「自殺しない」という約束を行えない人は、現在の状態では未だ問題解決に至っていないリスクが高いと捉えるべきです。しかし、「自殺しない」と約束をした人の全てのリスクが減じたわけではないことも心に留めておく必要があります。

Step4.9 支援の継続

- 支援の継続性
 - 支援の計画が適切に実行されたか
 - 障壁はないか
 - 計画の修正やあらたな計画の必要性はないか
- コーディネートの必要性
 - 他機関の支援による全体計画の修正等
 - 支援の優先順位等
 - 各機関への支援の進行状況のフィードバック

- 1) 岡田佳詠、田島美幸、中村聡美：第2章 職場復帰のための集団認知行動療法 2-h 第7セッション 自分を伝え相手の気持ちを知ろう～アサーショントレーニング～。（監修 秋山剛、大野裕）さあ！はじめよう うつ病の集団認知行動療法。医学映像教育センター，東京，pp76-81，2008
- 2) 大塚耕太郎：5. 社会資源活用のための連携。自殺予防の基本戦略 専門医のための精神科臨床リユミエール 29, 148-157, 中山書店, 2011

監修・作成：大塚耕太郎（岩手医科大学神経精神科学講座）

田島美幸（慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室）

