

# 自殺予防 刑務官のための手引き (日本語版初版)

この文書は、自殺予防に関連する団体や専門組織を対象とした一連の手引き書のうちの一つであり、世界保健機関（World Health Organization: WHO）が自殺予防のために国際的に提唱している SUPRE の一部として用意されたものである。

キーワード：自殺 / 予防 / 資源 / 矯正 / 拘置所 / 刑務所

Mental and Behavioural Disorders  
Department of Mental Health  
World Health Organization  
Geneva  
2000

監訳 河西千秋, 平安良雄  
横浜市立大学医学部精神医学教室

The chief editors: Chiaki Kawanishi and Yoshio Hirayasu  
Department of Psychiatry  
Yokohama City University School of Medicine  
Yokohama  
2007

© World Health Organization

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.

“Preventing suicide : a resource for prison officers”の日本語翻訳版の著作権は横浜市立大学精神医学教室に帰属します。本著作の複写・転用については、横浜市立大学医学部精神医学教室の許諾を得てください。

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

発行 初版 First publish 2007年9月  
Publish:

監訳 河西千秋 Chiaki Kawanishi  
Edited by: 平安良雄 Yoshio Hirayasu

訳 河西千秋 Chiaki Kawanish  
Translated by: 平安良雄 Yoshio Hirayasu  
古野拓 Taku Furuno  
松本香織 Kaori Matsumoto

発行者 横浜市立大学医学部精神医学教室  
Publisher: 〒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

# 目次

緒言.....	4
自殺全般についての事実.....	5
収監者は自殺のハイリスク群である.....	6
矯正施設における自殺予防.....	6
自殺の概略・特徴の把握.....	6
スクリーニングの実施.....	8
収監後の観察.....	9
スクリーニングの後の対応.....	9
もし自殺企図が起きたら .....	11
もし自殺が起きたら .....	12
最善の実践活動を行うためのまとめ .....	12
引用文献 .....	14

## はじめに

自殺は、世紀をまたがり哲学者や神学者、医師、社会学者、および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。

私たちは、自殺を重要な公衆衛生学の課題として捉える必要があります。しかしながらその防止や制御は、残念ながら決して簡単な仕事ではありません。最新の研究によれば、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、私たちの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、精神障害の効果的な治療や、自殺の危険因子に対する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、また啓発を行うことは自殺防止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、WHOは自殺の防止のための国際的な事業、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1つです。これは、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について提示するものとなっています。

私たちは特に、この小冊子のたたき台を準備して下さったHeather L. Stuart博士（カナダ、オンタリオ、キングストン、Community Health and Epidemiology, Queen's University）に感謝したいと思います。そして、その校訂にあたった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、Annette Beautrais博士（ニュージーランド、クライストチャーチ、Christchurch School of Medicine）、Øivind Ekeberg博士（ノルウェー、オスロ、University of Oslo、Ullevål Hospital）、Robert D. Goldney教授（オーストラリア、ギルバートン、University of Adelaide）、Richard Ramsay教授（カナダ、カルガリ、Calgary University）、Lourens Schlebusch教授（南アフリカ、ダーバン、University of Natal）、Airi Värnik博士（エストニア、ターリン、Tartu University）に感謝します。

さらに私たちは、貴重なコメントを頂いたJulio Arbolida-Florez教授（カナダ、オンタリオ、キングストン、Queen's University）に感謝します。

これらの資料は、今後広く配布されていきますが、これらの資料が効果的であるためには、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とよいと思います。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。

J.M.Bertolote博士  
WHO精神保健部  
精神・行動障害部門コーディネーター

## 自殺予防 刑務官のための手引き

自殺は、矯正施設の収監者の死因として最も多い。拘置所や刑務所は収監者の健康と安全を守る責務があり、それが果たせない場合には法に問われることもあり得る。さらには、矯正施設内で自殺が起きた場合、報道によっては容易に政治問題に発展していく可能性もある。したがって、適切な自殺予防とその介入策を講じることは、受刑者のみならず彼らを収監している施設にとって有益なことである。世界的に矯正施設で収監者の自殺予防の取り組みがなされているのは、こうした背景によるものである。

どのような人を収容するのか、そしてどのような環境下にあるのかということは、それぞれの矯正施設ごとにさまざまであり、短期間の拘留者もあれば、審判前の犯罪者、判決が下された囚人の収監もある。また過酷な量刑を課したり、定数を超えて収監者を収容している施設もある。衛生状況や文化社会的環境も様々で、HIV/AIDSの感染率の度合いや、基本的な医療、メンタルヘルス・サービスの利用のし易さなどもさまざまに異なっている。これらの要素が、自殺率の高さに影響を及ぼしている。しかしながら、ある種の基本原則と手順に則ることにより、拘置所・刑務所内の自殺を減らすことは可能である。<sup>1</sup>

この文書は、矯正施設においてメンタルヘルスのプログラムを開発し、遂行する立場にある管理者、および自殺に傾いているような収監者の安全と管理に責任をもつ刑務官に向けて書かれたものである。ここでは自殺の背景となるいくつかの一般的な事柄を提示し、また、施設での自殺を減らすために用いられる包括的自殺予防プログラムの中で鍵となるいくつかの活動を明らかにする。

### 自殺全般についての事実

自殺は深刻な健康問題である。世界保健機関によれば、およそ3秒に1回、自殺企図が行われ、およそ毎分ごとに自殺が遂行されていると見積もられている。これは、自殺で亡くなる人の数のほうが、武力紛争で亡くなる人の数よりも多いということの意味している。したがって、自殺を減らすということは世界的に重要な保健上の課題となっている。<sup>2</sup>

自殺の原因は複雑である。<sup>3</sup> ある人々は、困難な出来事や諸々のストレスが重なった時に特に自殺に傾いてしまう。自殺予防の取り組みとは、誰が、どのような状況下で最も自殺の危険性があるかを特定し、効果的な介入を行うことである。これを目標として、研究者は、より高い自殺の危険性をもたらす因子を明らかにしてきた。その危険因子には、社会文化的要素、精神医学的状況、生物学的要素、遺伝学的要素、社会環境的ストレスなど、広い範囲のものが含まれ、それらが相互的に働く。これらの要素がどのように絡み合い、そして自殺や自殺行為に結びついていくのかは複雑であり、まだ十分に理解されているとは言いがたい。しかしながら、これらの危険因子を有する人が、高い自殺率を示すために、これらの因子のさまざまな組み合わせが自殺の高危険群の同定に用いられてきた。

- 若年男性（15～49才）
- 高齢者、特に男性高齢者
- 先住民族
- 精神疾患の罹患者
- アルコール、そして/または、他の薬物の乱用者

- 以前に自殺を試みたことがある人
- 拘留されている人

## 収監者は自殺のハイリスク群である

集団としてしてみると、収監者は、高い自殺率を示す。例えば、審判前の短期拘留のための施設では、自殺率はその施設のある地域全体の10倍にもなり、判決を受けた受刑者を収容する施設においては、同じく3倍の自殺率を示している。さらには、これらのひとつひとつの自殺既遂の背景には、さらに数多くの自殺企図が存在する。<sup>4</sup>

矯正施設における高い自殺率は、下記に示す要因のあらゆる組み合わせによって説明する事ができるであろう。

- 刑務所や拘置所には、従来から自殺のリスクが最も高い一群、すなわち若年男性、精神障害者、社会的に権利を剥奪され、孤立した者、物質依存者、あるいは以前に自殺を試みた者などが収監されている。
- 逮捕や拘禁がもたらす心理的な衝撃、あるいは刑務所生活に伴う日々のストレスは、脆弱な個人の対処能力を超えてしまうことがあり得る。
- 自殺の危険性がある収監者を同定し、それに対応するために用いられる公の指針と手順というものが存在しないことがある。
- たとえ適切な指針と手順が存在したとしても、多忙で訓練も受けていない刑務官は、自殺の危険性に関わる早期の警告サインを見逃してしまうことがある。
- 矯正施設は地域の精神保健事業から隔絶されている可能性があり、収監者はメンタルヘルスの専門家や治療に繋がりにくいか、または全く繋がることできない。

## 矯正施設における自殺予防

多くの拘置所や刑務所は、包括的な自殺予防プログラムの実施に着手している。そしていくつかの国では、矯正施設における自殺予防のための国の基準とガイドラインが設けられている。このような国・地域からの報告によれば、包括的な自殺予防プログラムが実施されれば、自殺および自殺企図を明らかに減らすことができる。<sup>1</sup> これらのプログラムの特徴は、それぞれの施設のもつ資源や収監者の要望に応じて異なるが、この領域において最良の行為が何であるかを理解するために共通する要素や活動が数多くある。

## 自殺の概略・特徴の把握

収監者の自殺を減らすための最初の重要なステップは、自殺の概略・特徴を把握し、そして自殺に関して危険性の高い群とその状況に焦点を当てることができるようにすることである。例えば、審判前の収監者と判決を下された受刑者とでは、自殺の危険因子のポイントが異なる。ある地域では単一の施設の中にこれらの異なる群が混在していることもある。<sup>5</sup>

### 特徴1：審判前

審判前に、警察署の留置所や拘置所で自殺するのは、一般的には、男性、若年（20 - 25歳）

未婚、そして通常、薬物がらみなどの比較的軽い犯罪で拘留された初犯の人が多し。彼らは、逮捕時に中毒の状態であるのが一般的で、拘留後 24 時間以内、そしてしばしば最初の数時間以内に自殺してしまう。次に危険性が高いのは、審判の前後であり、有罪判決や厳しい刑が予想される場合は特に危険性が高い。

## 特徴 2 : 判決が下された収監者

審判前と比べると、刑務所での自殺者は年齢がより高く ( 30 - 35 才 ) かなりの期間 ( 4 - 5 年 ) 収監されている傷害事件の受刑者、というのが一般に多い。彼らの自殺は、施設内での他の受刑者や管理者とのもめごとや、家族内のトラブルや家族関係の解消、上告や仮釈放が却下された場合などに突然起こり得る。

収監されるということは、以下のことを象徴する。すなわち、自由の喪失、家族や社会からの支援を失うこと、未知への恐れ、劣悪な環境による恐怖やストレスなどである。時間が経つと、施設内でのもめごと、迫害、法に対する不満、そして身体的・情動的消耗などが加わり、さらにストレスがつくる。

## 拘置所と刑務所に共通する危険因子

上記の特徴に加えて、拘置所の収監者にも刑務所の収監者にも共通した特徴がいくつも認められ、それらを把握することで自殺予防活動に役立てることができる。

- 状況的な因子

拘置所と刑務所内の自殺は縊首によるものが多く、収監者が隔離されていたり、独居房に収監されている時が多く、また夜間や週末など、スタッフが手薄な時に起こりやすい。

- 心理社会的因子

社会や家族のサポートに乏しいこと、以前の自殺行動 ( 特に過去 1、2 年以内 ) 精神疾患の既往、そして情緒的問題があることは、収監中の自殺者において多く認められることである。しかし一方で、どのようなストレス因子や脆弱性が作用しようとも、最終的に収容者を自殺に追い込むのは絶望感や、将来の見通しが狭められる思い、選択肢が失われてしまうという感覚であろう。このような、「見込みの立たない、絶望的な状況」では、自殺が唯一の出口であると思うようになる。したがって、絶望感を口にしたり、自殺念慮や自殺の計画を口にする者は、自殺の危険性が高いと考えるべきである。

## 女性

矯正施設で起こる自殺の大半は男性によるものであるが ( 収監者の大半は男性であることもある ) 女性収監者もまた高い自殺の危険性を有する。女性収監者の自殺企図率は、地域一般の女性よりも 5 倍以上も高く、<sup>6</sup> 男性収監者の 2 倍である。彼女達はまた高率に重度の精神疾患に罹患している。<sup>7</sup> 審判前、もしくは受刑中の女性収監者の特徴はいまだ十分に知られていないが、1) 社会や家族の支援が乏しい、2) 過去の自殺行動歴がある、3) 精神疾患の既往があり情緒的問題を抱えている、といった収監者は自殺予防活動の対象とするべきである。

## 青少年

家族や友人から分離され収監されるということは、青少年にとってはとりわけ困難な状況であろう。成人の矯正施設に収監された青少年は、自殺の危険性が特に高いと考えるべきである。

8

### 自殺の特徴は時とともに変化していく

自殺の概略・特徴を把握することは、さらにスクリーニングや介入を必要とするような潜在的に自殺の危険度の高い群を同定するのに役に立つが、有効な自殺予防プログラムを実施していく過程において、この自殺危険性に関する特徴は時とともに変化していくものである。<sup>9</sup> 同様に、どのような矯正施設でも、その施設特有の状況に応じて高危険群の特徴というものは変化し得る。したがって、自殺危険性の把握手順は、潜在的に自殺の危険性の高い群とその状況を同定するためにだけ使われるべきであるものの、その手順に使われるツールはそれぞれの施設の状況に応じて、その特徴を把握・反映させた形でいつでも発展させていくべきであり、定期的に更新をはかることで変化に対応していかなければならない。

### スクリーニングの実施

矯正施設のスタッフが訓練を受け、自殺の危険因子について理解したら、次のステップは、新たに入所してくる収監者に正式に自殺危険性のスクリーニングを実施することである。<sup>10</sup> 収監中の自殺は、逮捕・拘留されてから最初の数時間のうちに起こることもある。したがって自殺危険性のスクリーニングを効果的に実施するためには、収監者が施設に入所直後にスクリーニングを行なわなければならない。最も効果的なのは、すべての収監者が入所時に一度スクリーニングを受け、そして状況や条件が変わったときにさらにもう一度受けるとするのがよい。収監者の入れ替わりが激しく、人員が限られている施設では、収監者全員にスクリーニングを受けさせるのは不可能かもしれない。その場合は、危険因子にあてはまる収監者や、自殺念慮の兆候を示す収容者に絞ってスクリーニングを実施するというのが現実的な解決策であろう。

人員・資源が許す場合には、施設の保健スタッフによる入所時の医学的検査の中で、自殺危険性のスクリーニングも執り行われるのがよい。もしスクリーニングを矯正施設スタッフの責任において実施するのであれば、スタッフは適切な訓練を受けていなければならない、<sup>11</sup> 自殺に関するチェックリストを補助的に使用すべきである。<sup>10, 12</sup> 例えば、収監者が次の項目にひとつまたはそれ以上あてはまるならば、自殺の危険が高く、さらなる介入が必要であると判断し得る：

- 中毒の状態にある。
- 逮捕や収監に対して過度な恥辱、罪悪感、不安を表出する。
- 将来に対する絶望やおそれを表わしている。あるいは泣いたり、情動を欠いていたり、言語表出がないなど抑うつ兆候が認められる。
- 現在、自殺念慮がある。
- 以前にメンタルヘルスの問題で治療を受けたことがある。
- 現在、精神状態が悪い、あるいは、注意を集中できなかつたり、独語をしたり、幻覚が聴こえるといった、通常みられるはずのない奇異な行動・様子が見られる。
- 以前に1度以上の自殺企図があり、また/あるいは、現在、自殺という選択肢を考えていることを認める。
- 自殺の計画を考えていることを認める。
- 施設内でも外部にもほとんどサポートがないことを本人が表明する。あるいは実際はない。

自殺危険性のチェックリストが包括的自殺予防のための重要な一部であるという理由は以下の通りである。

- チェックリストの構造化された質問によって、スタッフは自殺の危険性に関する必要事項を把握する事ができる
- スタッフが多忙で、スクリーニングを実施する時間が限られていたとしても、チェックリストがあれば自殺危険性に関する項目を忘れず確認する手助けとなる。
- チェックリストを利用すれば、施設内での刑務官と各部署との間のコミュニケーションが円滑になる。
- チェックリストは、収監時のスクリーニングと、その後に状況の変化とともに行われるスクリーニングに際して法的文書の作成のために用いることができる。

施設の保健スタッフが簡便な医学的検査を実施する場合でも、構造化された自殺危険性のチェックリストを利用するのはやはり重要なことである。自殺の危険性が高いとみなされたときは、勤務体制の変更に際して、あるいは別の部署や組織に対してその情報が伝わるように、その収監者の個人ファイルに記載しておくべきである。そして、自殺危険性のチェックリストの有用性は入所時に限ったものではないし、そのためだけに作られる評価ツールではない。適切な訓練を受けたさまざまな矯正施設スタッフは、自殺の危険の同定やさらなる介入の必要性を確認するために、受刑中の収監者に対していつでもチェックリストを使用することができる。

## 収監後の観察

拘置所や刑務所における自殺の多くは、入所してから最初期に起こるため（何年も経ってから起こる場合もあるが）、入所時のスクリーニングだけでは不十分で、引き続き定期的にスクリーニングをする必要がある。自殺予防のための対策の効果を上げるためには、継続的な観察によってこれが行われなければならない。矯正施設のスタッフは、収監者の全受刑期間を通じて、絶えず自殺に関して深く注意を払うように訓練を受けなければならない。<sup>13</sup> 刑期満了まで、矯正施設のスタッフは収監者の自殺の可能性についての以下の情報収集を行う：

- 予兆に注意をするための日頃のセキュリティ・チェックにより以下の兆候を監視する：
  - 1) 自殺念慮、2) 泣いたり、不眠であったり、動作が緩慢であったり、極端に落ち着きが無い、往ったり来たり歩き回るといった精神の不調、3) 気分や食習慣、あるいは睡眠の突然の変化、4) 個人の所持品を譲り渡してしまう、4) 活動に対する興味や人間関係についての興味の消失、5) 服薬の拒否や、服用している薬の増量の要求
- 判決の前後、あるいは家族の死、離婚といった重大な時期において、他の収監者との会話に見られる絶望感の表明や自殺念慮の表明。
- 家族や友人の訪問の際の口論、あるいは訪問の際に生じた問題の観察。家族に対して、「もし収監者が自殺念慮を抱いている恐れがあると感じた場合には、刑務官に知らせるように」と促す。

## スクリーニングの後の対応

スクリーニングに引き続いて、充分かつ適切な監視と追跡が必要である。それゆえ、管理には方針の明記と、自殺の危険性が高いと考えられた収監者の配置や継続的な監視、メンタルヘルス面への介入の概略を含んだ手順の設定が不可欠である。

## 1．監視

自殺危険性を有する収監者の十分な監視は重要であり、夜勤帯（人手が少なくなる）や、職員がその部署に常時配置されていない可能性のある施設（警察の留置所など）においては特に重要である。監視の程度は、危険性の程度に見合うものとするべきである。現時点で自殺の危険性が高いと判断された収容者は、常時の観察が必要である。職員から見ると自殺の危険性が疑われるが、それを収容者本人が認めないような場合は、10 - 15 分ごとの定期的な監視が必要であろう。

## 2．社会的な介入

収監者は、何かしらの自殺につながる脆弱性をもって矯正施設にやってくる。そこへ収監による精神的な危機や、収監生活での持続するストレス因子が重なって、情緒的あるいは社会的な破綻をきたし、最終的には自殺に至ることもあり得る。社会的、あるいは物理的な孤立や、本来は利用可能な支援の欠如は、自殺の危険性を強める。それゆえに、矯正施設における自殺予防の重要な要素となるのは、有意義な社会的相互性である。

矯正施設での自殺の大多数は、収監者が職員や他の収監者から孤立している時に起こる。やむを得ない理由があるにしても、独居房や保護房に置かれることは、自殺のリスクを高めることになり得る。自殺の危険性があると考えられる収監者を共同室や寮に収容することは、明らかに自殺の危険性を減らすことになるだろう。特に、共感的な同室者がいる場合はそうである。ある施設では、特別な教育を受けた「収監者仲間」を活用して、社会的な支援を行っている。家族の訪問は、収容者の自殺の危険性についての情報源としてだけでなく、社会的な支援を促進するための手段としても用いられ得る。

しかし、不用意な計画や観察のもとに行われる社会的な介入もまた危険をもたらし得るということは、明記しておくべきであろう。例えば、自殺の危険性の高い収監者を共同室に収容すると、致命的となる道具の入手がいっそう容易になってしまう。共感性のない同室者は、もし自殺行為が行われたとしても職員に知らせないかもしれない。したがって、自殺の危険性のある収容者を共同の部屋に収容することは、研修を受けた職員の注意深い観察下に行われる支援の代用になるなどとは、決して考えてはならない。<sup>14</sup>

## 3．物理的な環境と構造

ほとんどの収監者の自殺は、衣類（靴下、下着、ベルト、靴ひも、シャツ）か、シーツやタオルを用いての縊首によって行われる。そういったものを吊り下げるところや、致死性をもつ物品の管理がすべて行われていたり、危険性が最小限に抑えられていれば、自殺の危険性のない環境となるだろう。

さし迫った自殺の危険性のある収監者は、特別に保護のための衣類や拘束を必要とするかもしれない。拘束の必要性については常に議論となるところではあるが、もしそれらを使用する場合には明確な指針と手順が定められていなければならない。その指針と手順においては、拘束することが妥当であるときとそうでないときの判断、間違いなく最少の制限手段を用いることの確認、安全性、拘束具の使用時間の制限、拘束中のモニタリング、拘束の評価の必要性、そしてメンタルヘルスの専門家との連携といった内容が明確になっていなければならない。

テクノロジーの進歩により、いくつかの現場では、さし迫った自殺の危険性のある収容者の監視の手段として、職員による直接の目視がカメラを用いた観察にとって代わられている。しかし、モニター画面をチェックすることの煩雑さとともに、カメラの死角によって問題が生じる可能性がある。それゆえに、カメラによる観察は、定期的な直接の目視による観察（例えば10 - 15分ごと）によって補われるべきである。

#### 4 . メンタルヘルスの治療

いったん収容者が自殺のリスクが高いと確かめられたならば、メンタルヘルスのスタッフによるさらなる評価と治療が適用されることになるだろう。しかし、施設内部でのメンタルヘルスの資源は限られており、収監者を搬送することのできる地域の保健施設やメンタルヘルスの施設も全くないか、ないに等しいため、多くの矯正施設では、メンタルヘルスの専門家との連携をする場合にそれはひどく込み入ったものになってしまう。

収容されている人々の、あらゆる健康とメンタルヘルスの必要性に見合うような資源を備えた矯正施設というものは、なかなかないであろう。かといって、矯正の職員にそういったメンタルヘルスの専門技術を身につけさせようというのは、彼らの本務が管理・監督であることからして現実的ではない。したがって、矯正施設が、収監者の健康とメンタルヘルスの必要性に応じて、それに充分取り組むためには、当該の地域における保健サービスと強い関係性を築く必要があるだろう。これはつまり、矯正施設における自殺予防活動のために、犯罪に関わる司法、メンタルヘルス、および保健組織が総合的な連携をとる必要があるのだということを意味する。そのためには、場所により総合病院や救急医療事業、精神科施設、地域でのメンタルヘルスの事業、依存症のためのプログラムなどの多機関が協調して、事業を実施することが必要となるであろう。

#### もし自殺企図が起きたら

自殺企図が起きた際に、矯正施設の職員は、施設内の、あるいは外部の救急スタッフの到着前にその発生場所の安全を確保したり、自殺企図者への応急処置を行うことができるように、事前に十分な研修を受けておく必要がある。職員に対する応急処置の研修は、自殺予防の鍵となる要素である。自殺企図の発生の際に職員が応急処置を行うことを、公に準備される一連の標準的な対応手順の流れの中に実際に位置づけておく必要がある。そして、対応が遅れぬように、事故が起きる前から、保健スタッフとの連絡の手段や緊急時の対応の手順を検討しておくべきである。救命救急処置の器具は、つねに整理しておき、定期的にテストし、実際の場面で使えるようにしておく必要がある。職員や救急スタッフが的確に対応するためには、実践練習を行うのもよいだろう。<sup>15</sup>

#### 操作的な自殺企図について

ある状況においては、自殺のしぐさや自殺未遂をこころみた収監者は操作的と見なされがちである。彼らは、病院への搬送や、より制限の少ない場への移動など、自分の置かれた環境を操作する目的で自殺企図を利用するかもしれない。<sup>16, 17</sup>「逃走を図るためのみせかけの自殺企図ではないか」、あるいは「他の悪意による自殺企図ではないか」という可能性を考えることは、厳しい警備を要する（あるいは「最高に」厳しい警備を要する）部署で働いている職員が常に悩まされるところであるにちがいない。反社会的、あるいは病質者的なパーソナリティを持つ男性収監者は、刑務所での厳格に管理された集団生活に適應することがしばしば困難であるため、操作的な自殺企図を行う傾向が多分に認められるであろう。女性収監者の場合、身体の一部を切ったり、

やけどをしたりといった繰り返される自傷が、拘禁や刑務所特有の生活文化によってもたらされるストレスへの反応であるかもしれない。

矯正施設の職員が、「収監者というものの一部は、自己破壊的な行動を通じて環境を支配したり、操作をしたりしようとするものだ」と信じている場合には、自殺のそぶりを真剣に受け取らなかつたり、あるいは「操作には惑わされない」と構える傾向となる。これは、規律違反や違反行為の過去がある収監者の場合には、特にそうなる。しかし、自殺企図は、いかなる動機であろうと、またたとえそれが本来死ぬつもりで行われたものではなかったにせよ、死に至る可能性がある。自己破壊的な行動に注意を払わないこと、あるいは自己破壊的な収監者を、隔離することで罰するのは、むしろその収監者の自殺の危険を著しく高めてしまい、問題を悪化させる可能性がある。それゆえに、逸脱行動を示したり、潜在的に自傷傾向のある収監者に対して密に監視を行ったり、社会的な支援や心理社会的な資源の利用を導入するようなプログラムを用意することが、きわめて重要である。

## もし自殺が起きたら

もし自殺が起きたら、公式にそれを記載し、事故を報告するとともに、将来の自殺予防活動を改良するために必要な、建設的なフィードバックを行わねばならない。それゆえに矯正施設の職員と保健スタッフは、次のような点に留意しつつ、それぞれの事故報告書をまとめなければならない：

- 自殺につながった出来事を再構成する。
- 収監者を死へと導いた可能性のある要因、見落とされたり、不適切に理解されていた可能性のある要因を同定する。
- 緊急対応が適切であったかどうかを評価する。
- 将来の自殺予防対策を改良していくために、予防指針に関連することをすべて抽出する。

自殺を経験した矯正や、他の担当職員は、怒り、恨み、そして罪悪感や悲しみに至るまでのさまざまな感情を体験するであろう。これらの人々には、より細かく感情を表現させること（デブリーフィング）や、正式に組織された同僚やカウンセリングによる支援が有用であるかもしれない。

刑務所は、群発自殺が起こり得る環境のひとつである。<sup>18</sup> 受刑者の群発自殺に関する調査によれば、続発する自殺のリスクが高いのは、最初の自殺から4週間であり、時間とともに減少していくものであることがこれまでの調査から分かっている。<sup>19</sup> 刑務所のスタッフは、このリスクの高い期間において特に注意を払う必要がある。続発する自殺のリスクを減らすための対策としては、1) 精神疾患をもつ受刑者に対して精神医学的なケアを確実に行うこと、2) 受刑者の中でも特に影響されやすい人々については、分離をしたり、治療を受けさせること、3) 自殺の伝聞について、監督・管理者が注意深く対処すること、などが挙げられる。

## 最善の実践活動を行うためのまとめ

留置所や刑務所における自殺を予防するための最良の実践は、以下に挙げた要素とともに、包括的な自殺予防計画を開発し、その明文化に基づく。

- 自殺の危険性のある収容者を見分け、そして自殺の危険がさし迫った収容者に的確に対応するための助けとなるような、矯正施設職員のための研修プログラム（再研修プログラムを含む）
- 自殺に関して危険性の高い者を見出すために、入所時から全収監期間を通じて系統的に行う収

#### 監者のスクリーニングの手順

- 危険性の高い収監者を注意深く見守っていくために、職員間でのコミュニケーションを維持していく仕組み
- 危険性の高い収監者のために、最低限必要な項目とその概略を述べた手順書。手順書は以下の項目を含む：1) 社会的な支援の用意について、2) 定期的な目視による確認と、より自殺危険性が高く深刻な状態の収監者の恒常的な監視について、3) 拘束の適切な使用について
- さらなる評価や治療が必要なときに、メンタルヘルスの専門家へ確実に繋げることができるような、施設内部での資源の充足や、地域のメンタルヘルス事業との連携の展開
- 矯正施設における自殺の発見と、監視・管理の改良を視野に入れた自殺発生後のデブリーフィングのための戦略

## 引用文献

1. Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulleting of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1994, 22(4): 477-488.
2. World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
3. Task Force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada*. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
4. Danto B. The role of the forensic psychiatrist in jail and prison suicide litigation. In: Rosner R, Harmon RB. *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 61-88.
5. Bonner RL. Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, The Guilford Press, 1992, 398-419.
6. Holley HL, Arboleda-Florez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
7. Fryers T, Brugha T, Grounds A, Melzer D. Severe mental illness in prisoners. *British Medical Journal*, 1998, 317: 1025-1026.
8. Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28(4): 317-326.
9. Farmer KA, Felthous AR, Holzer CE. Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program. *Journal of Forensic Sciences*, 1996, 41(2): 240-246.
10. Landsberg G, Cox JF, McCarthy DW, Paravati MP. The New York State Model of Suicide Prevention and Crisis Intervention with local jails and police lockups. In: Rosner R, Harmon RB. *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 89-108.
11. Farrell G, Mainprize B. *Update on suicide prevention training: Correctional Service of Canada. Communications and Corporate Development, Program and Information Analysis*, Ottawa, Canada, 1990.
12. Arboleda-Florez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.
13. Landsberg G. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: Rosner R. *Principles and practice of forensic psychiatry*. New York: Chapman and Hall, 1994, 393-397.
14. Danto BL. Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: an initial report. *Behavioral Sciences and the Law*, 1997, 15, 415-425.

15. Hayes LM. From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral Sciences and the Law*, 1997, 15: 399-413.
16. Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.
17. Holley HL, Arboleda-Florez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: 167-178.
18. O Carroll PW, Mercy JA, Steward JA. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and mortality weekly report*, 1988, 43 (No. RR-6), 1-9.
19. Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: 69-72.