

精神科救急医療 ガイドライン（3）

（自殺未遂者対応）

2009年12月9日版

**Guidelines
for Psychiatric
Emergency Treatment(3)
(Management after Suicide Attempt)
Version 2009**

日本精神科救急学会

まえがき

日本の自殺者数は、平成10年に急増して3万人を超え、その後も高い水準で推移している。自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺の死亡率）は国際的に見て、先進国中でかなりの高い水準にある。

これを受け、自殺の背景に多重債務、長時間労働、失業など社会的要因があることも踏まえ、社会全体で対策に取り組むため「自殺対策基本法」が平成18年に制定された（平成18年法律第85号）。同法第2条3では、「自殺対策は、事前予防、自殺発生の危機への対応、及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない」とされ、第16条では、「自殺発生回避のための体制の整備」、第17条では「自殺未遂者に対する支援」の必要性を強調している。

同法に基づき、自殺対策の基本的かつ総合的な大綱として「自殺総合対策大綱」が平成19年6月8日に閣議決定された。自殺総合対策大綱における「自殺を予防するための当面の重点施策」の中でも、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」、そして「精神科救急体制の充実に図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるよう救急医療体制の整備を図る」ことが骨子となっている。加えて、「自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成する」ことが必要であることが指摘されている。

従前から、精神科救急医療において自殺関連行動や自殺念慮を伴うケースに対応することは稀ではなかったが、昨今の自殺問題の現状に鑑みると、これらのケースに対して標準化された適切な精神科救急医療を提供していくことの重要度はさらに高まっている。

本ガイドラインは、自殺を予防するという社会の要請と臨床現場での課題に精神科救急医療が応えるための指針として作成された。精神科および身体科救急医療の最前線にある医師、看護師、コメディカル・スタッフが、自殺未遂者や自殺のリスクの高い患者を診療する際に、このガイドラインを活用していただければ幸いである。

平成21年12月9日
日本精神科救急学会
理事長 澤 温

目次

まえがき

本ガイドラインを使用するにあたっての留意事項	1
I. 自殺関連用語の定義について	2
II. 自殺未遂者ケアの全体像	3～6
III. 自殺未遂者対応フローチャート： 3つの基本軸と自殺未遂者対応の10のステップ	7～8
IV. 自殺未遂者対応の10のステップ	9～37
i) 本人・家族・周囲から情報収集	
ii) 自殺行動の手段と重症度の確認	
iii) 自殺企図の鑑別	
iv) 現在の自殺念慮の評価	
v) 危険因子と背景の精神障害の評価	
vi) 再企図の危険性の評価	
vii) 危機介入後の対応	
viii) ケースマネジメント・地域ケア	
ix) 家族・周囲への支援とケア	
x) 自殺が発生したとき	
参考文献	38～40

本ガイドラインを使用するにあたっての留意事項

本指針に盛り込まれている事柄のすべてを、精神科救急医療の担い手全員が実施することには限界がある。

また、本指針は精神科救急医療を担う医療機関や従事者の業務内容、診療内容の責務を規定しようとするものではない。

本指針で示した対応を実効的なものにするためには、従事者の養成研修や地域資源の連携ネットワークづくりなどの取組が必要不可欠である。

なお、本指針では、それぞれの地域の特性や機関の特徴などの多様性については考慮されていない。したがって、各医療機関においては、本指針を参考に、それぞれの地域の実情や資源の実情をふまえながら対応を行うことが望ましい。

自殺行動の背景は複雑であり、その予防プロセスは容易ではなく、常に不確実性を伴っている。アセスメントとケアに注力したとしても、すべての自殺を防ぐことは限界がある。非自発的入院等による治療的介入と徹底管理は一時的に自殺を遠ざける効果が期待できるかもしれない。しかし本来あるべき、「治療関係の醸成・治療動機の明確化」や、「自己の意思で生きることの意味を獲得していくことを援助する」ことに相反してしまい、未遂者にとって常に最良とは限らない。したがって、最良の治療環境を選ぶことは治療者の裁量に委ねられるべきである。

本ガイドラインでは、自殺未遂者への対応について、再企図防止の観点から、適切な臨床プロセスを導くような様々な評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療の担い手のスキルアップを目的としている。しかし、本ガイドラインの内容は、必ず好ましい結果を保証するというものではなく、また臨床における判断は常に個別的であることに注意されたい。

そして、本指針が医療スタッフの研修を企画立案する際などに活用され、それぞれの地域や組織で自殺に傾く人への支援とケアに向けた実践活動の展開へと広がっていくことが期待される。

I. 自殺関連用語の定義について

本ガイドラインでは、「自殺をしたい」と考えることが自殺念慮であり，自殺念慮により自殺するための具体的な行動を行い（自殺企図），死に至った場合は自殺（自殺既遂）であり，生存している場合は自殺未遂と定義する。一方，自殺念慮は存在せず，自殺の意図はなく故意に自らに損傷を加える行為を自傷行為とする。

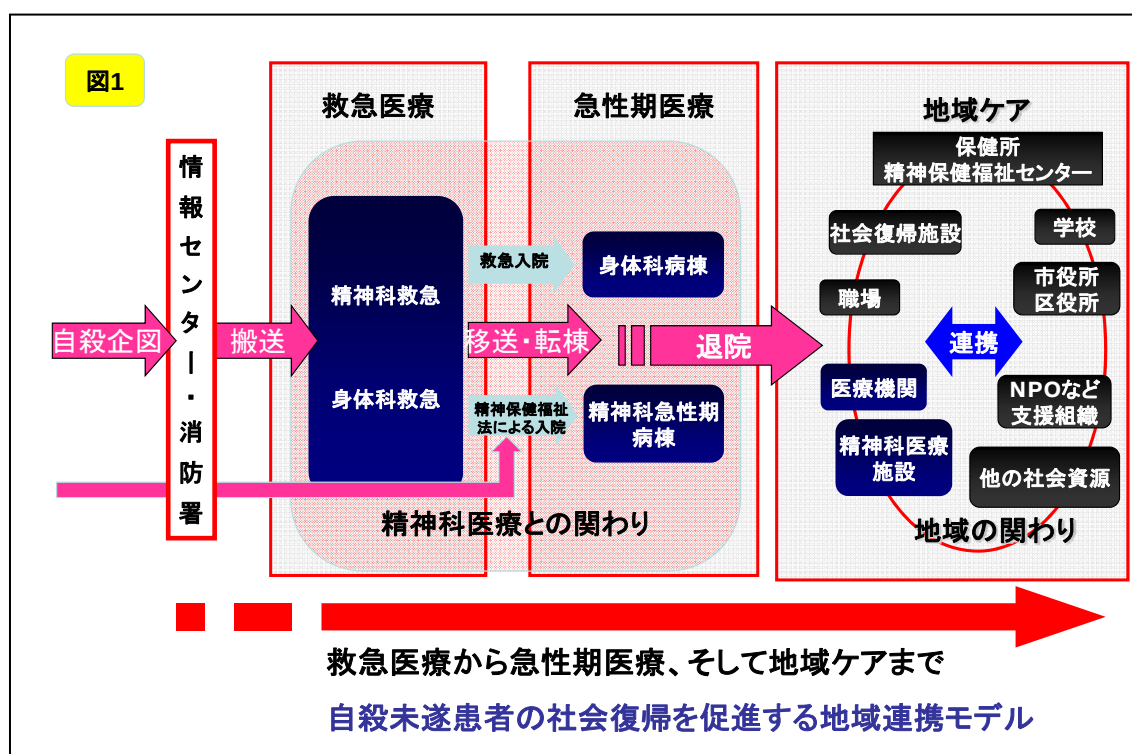
自殺未遂，自傷行為などを総じて自殺関連行動というが，過去の自殺関連行動は自殺既遂の強力な危険因子である。特に自殺未遂や自殺念慮が危険であるが，自傷行為に至った者の自殺の危険性にも注意を払う必要がある。たとえば，一人の患者が最初は自傷行為で受診し，その後自殺念慮を持つようになり，不幸にも自殺に至るというように，自傷行為から自殺企図へと進展していくことは稀ではない。また，繰り返し自傷行為で受診する患者が，自殺を意図していないのにもかかわらず，自傷行為が致命的となり死に至る場合もある。

II. 自殺未遂者ケアの全体像

1. 自殺未遂者ケアの体制

自殺未遂者は、その後の自殺の危険性が高いため、精神科救急医療機関を受診した患者の再度の自殺企図を防ぐことが重要である。そのために、自殺未遂者に対して精神科救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して、再企図を予防し社会復帰に結びつけていくためのマネジメントを行うことが目標となる。下記にその概念図を示した。

図1. 自殺未遂者ケアの体制



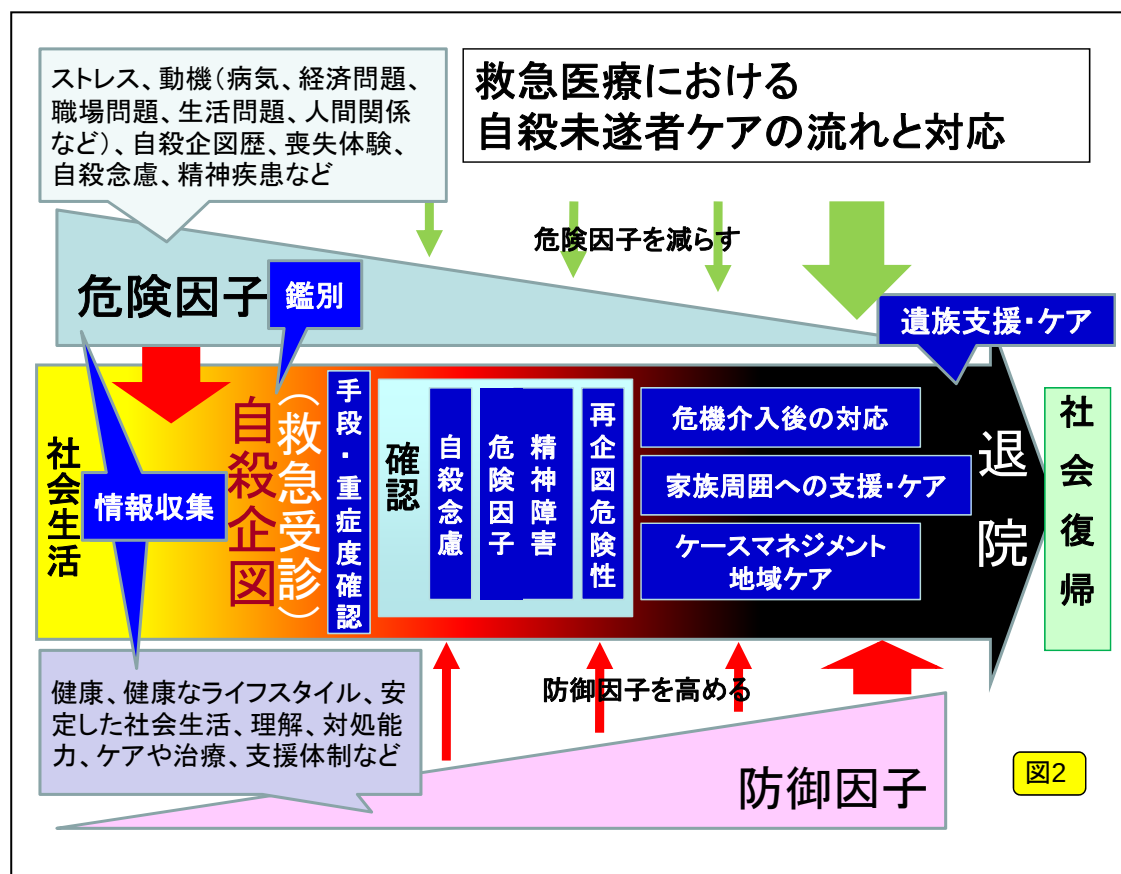
1) 危機介入

自殺未遂者の多くは精神医学的な問題を抱えており、心理的危機介入を実施する必要がある。自殺未遂者は身体合併症が重症である場合は、救命救急センターなどでの治療を要し、身体合併症があっても軽症である場合は精神科救急医療機関を直接受診する場合もある。精神科救急医療機関では、自殺企図者に対して、身体科の医師と連携をとりながら心理社会的介入を含む包括的な精神科治療を行うことが求められる。精神科救急医療体制としては①同時介入型：救命救急センター内に精神科医が常勤する精神科救急施設、②並行モデル型：コンサルテーションやリエゾンによる診療体制を持つ総合病院精神科救急医療施設等、③縦列モデル：身体科医療施設を持たない単科精神病院等の精神科救急医療施設がある。どのような精神科救急システムを設置しているかは地域の実情により異なっている。

2) 救急医療から急性期医療、そして地域ケアへ向けて

精神科急性期治療では、身体合併症のケアを継続しながら、背景に存在する精神障害に対応する。自殺未遂者に対して包括的な精神科治療を導入し、家族に対してさまざまな支援を行う。そのためには、保健・福祉を含む社会的ネットワークの活用が必要であるし、普段からネットワークの構築とメンテナンスを意識して行うことが求められる。

図2. 救急医療における自殺未遂者ケアの方法



2. 自殺未遂者ケアの方法

自殺には、図で示した様々な危険因子が知られている。個人において、あるいは個人を取り巻く環境の中で自殺の危険因子が存在することや、自殺の防御因子が不十分であることから、自殺のリスクが高まり、衝動性などの関与により自殺企図が生じると考えられる。

図2に自殺未遂者のケアの方法（自殺未遂者対応の10のステップ）を示した。青地に白抜きで示した部分はフローチャートに示した項目であるが、この後さらに解説を行う。救急医療の従事者の役割のひとつは、個々の未遂者に関わる危険因子や防御因子を把握し、危険因子を減らし、防御因子を高めることである。

3. 医療者の基本姿勢

1) 支援やケアを行う上で必要な態度

自殺未遂者は様々な状態像を示す。鬱状態から精神運動興奮や幻覚妄想まで様々である。精神科救急では始めて出会う患者に対応することも少なくない。初期の対応は信頼関係や治療関係の構築に大きく関わっている。そのため、基本的態度としてまず傾聴することが必要である。なぜなら傾聴することは、自殺未遂者の受容と共感につながり、信頼関係を築く上でも重要だからである。また、様々な問題を抱えて追い詰められた上で自殺企図に至った場合も多く、自殺企図受診に至ったことへのねぎらいはそれまでの苦痛を理解している姿勢を示すことでもある。また、支援の表明や患者の安全を確保する上での明確な説明と提案は、心理的危機に陥っている患者を安心させる役割も持つ。このように、精神科救急の現場で自殺未遂者に適切な対応をとることが自殺の再企図防止につながる。

支援やケアを行う人に必要な態度

1. 受容と共感

批判的にならない、叱責しない、教条的な説諭をしない。

2. 傾聴

いかなる状況や相談も真剣に捉える。

3. ねぎらい

相談に訪れたことや打ち明けた勇氣に対して。

4. 支援の表明

力になりたい気持ちを伝える。あいまいな態度をとらない。

5. 明確な説明と提案

提案は具体的であること。安易な励ましや安請け合いをしない。

2) 自殺について取り上げる

誠実な態度で自殺企図の問題について話題にすることは、患者の再企図の予防の第一歩である。自殺企図を確認するに、「TALKの原則」と呼ばれるものがある。自殺をタブー視して話題として取り上げなければ、自殺予防のための介入を実践することはできない。ラポールをとった上で、自殺企図について明確に尋ねることが大切である。そして、安易な励ましや説諭をするのではなく、まず、傾聴によって自殺を図った背景にある問題や悩みについてその状況を把握していくことが重要である。そして、傾聴と受容・共感によって本人は安心を得ることができる。

「TALKの原則」

- 誠実な態度で話しかける (Tell)
- 自殺についてはっきりと尋ねる (Ask)
- 相手の訴えを傾聴する (Listen)
- 安全を確保する (Keep safe)

3) 自殺未遂者に対する精神科医の陰性逆転移の出現に注意する

たとえば自殺企図や自傷行為を繰り返す患者に対して、逆転移として怒りなどの陰性感情が生じる場合がある。このような逆転移が精神科医や身体科の医師に出現することを認識する必要がある。

4) 患者と自らを同一視しない：

自殺未遂者はそれぞれに背景や心理的苦痛もそれぞれに異なっている。安易な了解に至らないよう注意する必要がある。

III. 自殺未遂者対応フローチャート：3つの基本軸と実践すべき10のステップ

精神科救急における自殺未遂者ケア3つの基本軸を示す。

精神科救急における自殺対策の3つの基本軸

- 1) 自殺関連行動の把握
- 2) 危険性の評価
- 3) 再企図防止に向けた対応

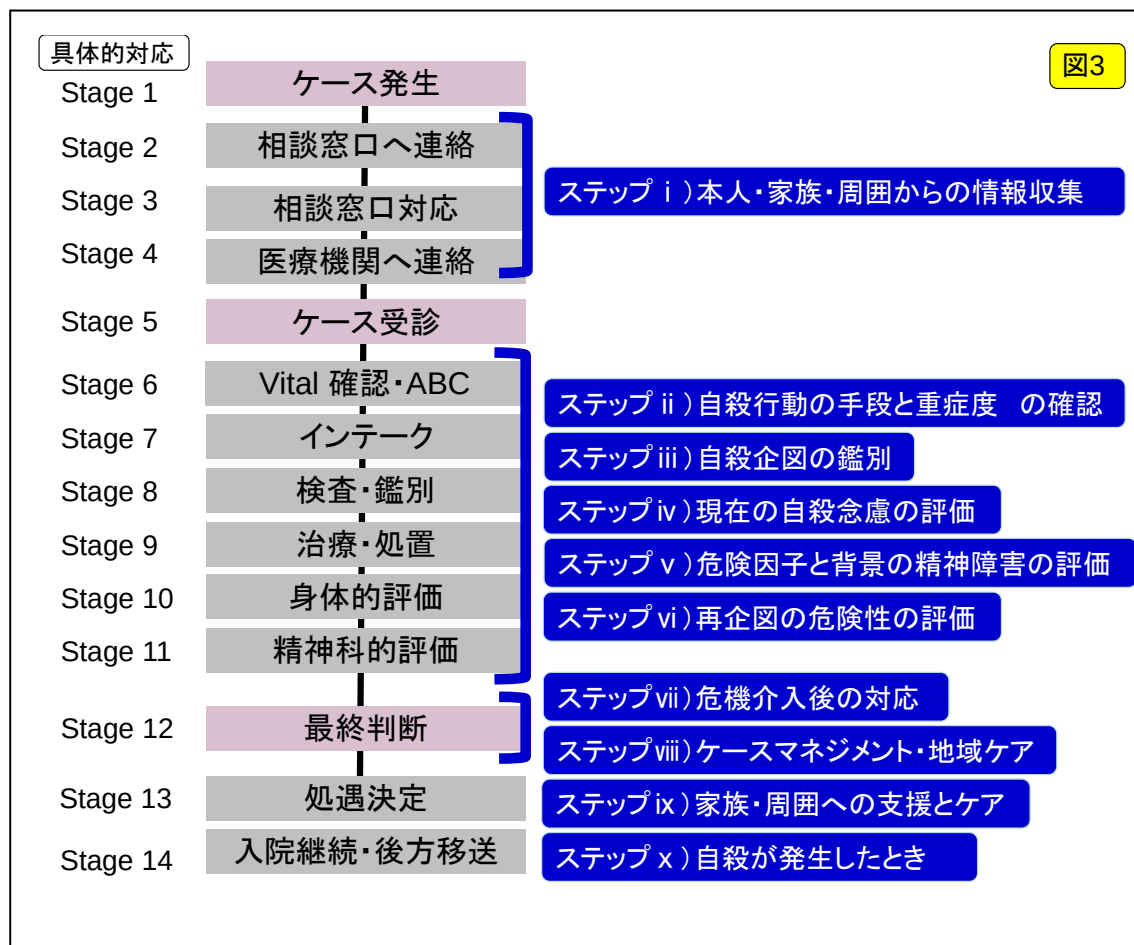
さらに、この3つの基本軸にそって実践すべき10のステップがある。

3つの基本軸と実践すべき10のステップ

- 1) 自殺関連行動の把握
 - ステップ i) 本人・家族・周囲から情報収集
 - ステップ ii) 自殺行動の手段と重症度の確認
 - ステップ iii) 自殺企図の鑑別
- 2) 危険性の評価
 - ステップ iv) 現在の自殺念慮の評価
 - ステップ v) 危険因子と背景の精神障害の評価
 - ステップ vi) 再企図の危険性の評価
- 3) 再企図防止に向けた対応
 - ステップ vii) 危機介入後の対応
 - ステップ viii) ケースマネジメント・地域ケア
 - ステップ ix) 家族・周囲への支援とケア
 - ステップ x) 自殺が発生したとき

実際の精神科救急の現場において、この10のステップをどのように実践したらよいのかということを時系列で理解するために、精神科救急フローチャート応じた10のステップの実践ポイントを図3に示した。

図 3. 精神科救急フローチャートと自殺対策 10 のステップ



IV. 自殺未遂者対応の10のステップ

以下では、精神科救急における自殺対策としての10項目について説明する。

ステップi) 本人・家族・周囲からの情報収集

1. 情報収集の手順

自殺未遂者が精神科救急を受診した場合、直ちに情報を収集することが重要である。そして、①自殺企図事実に関する情報、②自殺企図前の経緯と病歴の情報、③自殺企図者の社会的背景情報、④その他の固有な状況に関する情報、について確認を行うことが、自殺企図者の対応の起点となる。また、図4に確認すべき情報を示した。情報源により得られる情報の質は異なり、情報提供者を確認しておくことも必要であり、最終的に様々な情報を総合して評価する。

図4. 自殺企図に関する情報源と情報の内容

	本人	家族 支援者	救急隊	警察	医療機関	その他
①自殺企図事実						
バイタルサイン						
企図手段						
身体損傷の有無と程度						
発見状況						
遺書・動機						
②自殺企図前の経緯と病歴						
受診歴						
経緯・現病歴						
③社会的背景						
生活状況						
家族や支援者						
④その他固有な状況						
その他の情報						

自殺未遂者に関して、精神科救急医療を導入し、方針を決定する上で、事実を正確に確認する必要があります。また、自殺企図に至った経緯や動機などを確認する必要があります。情報提供者が誰かで、情報の質は異なるが最終的に様々な情報を総合的に評価する必要があります。

2. 本人、家族の心理状態を考慮して情報収集する

自殺未遂者は心理的に動揺を示していることが多いため、安心感を与える対応を初期から行うことが望ましい。情報収集や評価は治療的意味合いもあるため、初期対応を丁寧に行うことは、その後の円滑な診療につながる。家族や知人など周囲の者は、自殺企図や自殺念慮を認めた患者の対応で混乱状態にある。応対する者は落ち着いた態度で、安心を与えることも重要である。また、大変な状況にある家族の気持ちを汲み取り、進めていく必要がある。自殺企図者と家族がお互いに心理的葛藤を抱えている場合も少なくない。情報収集にあたっては、自殺企図者と家族・周囲には中立的な態度で、どちらの気持ちにも配慮した対応が必要となる。

1) 情報収集にあたってのコツと手法

自殺未遂者が受診した場合、精神科医は第一にバイタルサインや身体的状況を確認する必要がある。自殺未遂者は時に自殺企図の情報を述べないことがあり、身体的な状態や意識障害などの徴候に関する情報を注意深く把握する必要がある。

次に、だれが、何を、いつ、どこで、どのような理由で、どのような手段で自殺企図したか確認を行う（自殺企図に関する 5W1H）。

自殺企図に関する 5W1H

- だれが (Who) : 自殺未遂者の住所・氏名・年齢
- 何を (What) : 自殺企図
- いつ (When) : 企図時刻
- どこで (Where) : 自殺企図を行った場所
- なぜ (Why) : 自殺企図に至った経緯・現病歴、遺書・動機
- どのように (How) : 企図手段

しかし、意識障害や精神症状により、本人からの自発的な情報を得られず、企図手段が特定できない場合もある。例えば意識障害で倒れているところを発見された場合、大量服薬なのか、服毒なのか、または一酸化炭素中毒なのかなど詳細に確認する必要がある。特に患者の身近な存在である家族等の情報は重要である。しかし、患者や家族・周囲から得られる情報が正しいとは限らない。周囲から得られる情報だけでなく、客観的に得られる所見、情報を可能な限りすべて収集するよう心掛けることが大切である。

2) 自殺企図前後の情報

これまでの経緯・現病歴や遺書・動機、受診歴などを確認する。発見者や発見状況、付添の有無、発見から受診までの状況を確認する。受診に至った経緯や病歴に関する情報は再企図の危険性の評価（ステップ vi）や危機介入後の対応（ステップ vii）に役立つ。

3) 家族・支援者に関する情報：

家族はいるか、支援者はいるか、などの情報も重要になる。

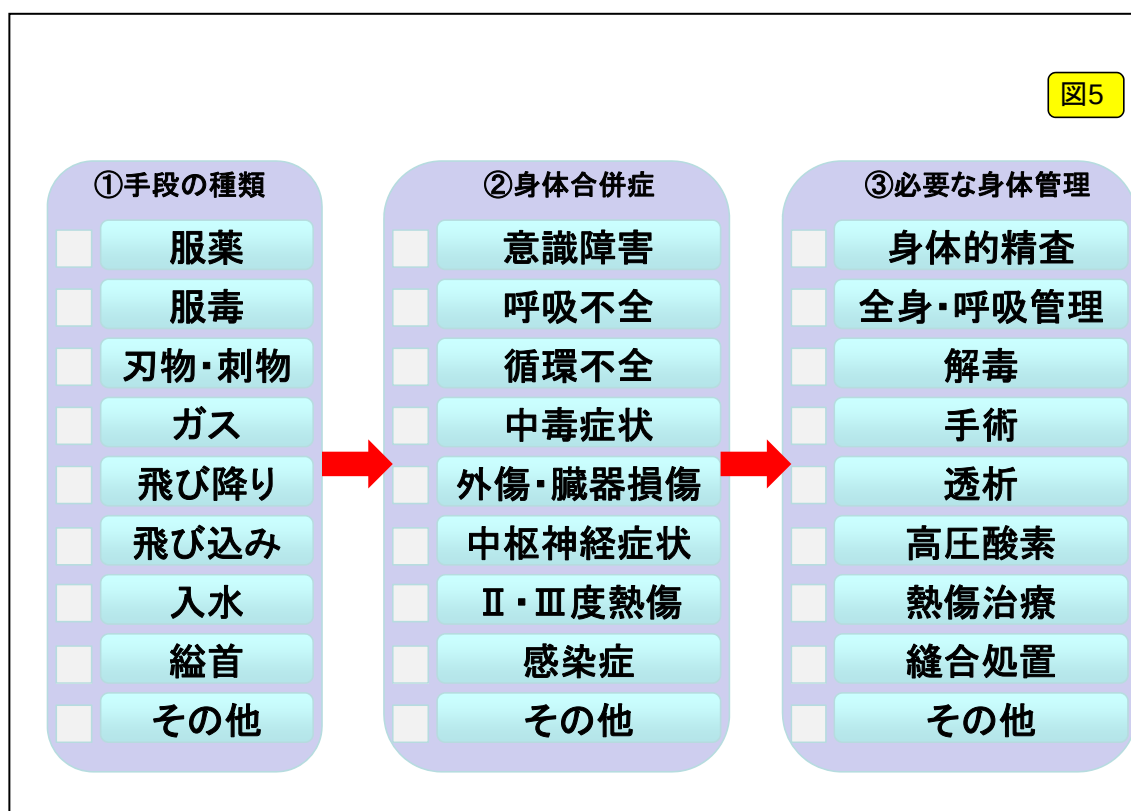
4) 警察関係者からの情報：

警察官の対応があったのか否か，同伴しているのか否かなどの警察官からの情報も重要であり，身体的問題が軽微である場合などは，処置後に警察官による 24 条通報となることもあり得る。警察がなぜ関与しているかということを確認することも，患者の危険度を把握する上で重要である。

ステップ ii) 自殺行動の手段と重症度の確認

自殺企図の対応にあたって、当初の最重要な課題は生命予後である。自殺未遂者の診療以来がなされた場合、自殺企図の手段を確認し、身体合併症の重症度から必要な身体管理を予測することが大変重要である。身体合併症の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、一般病棟での身体科治療を優先する。身体的重症度と精神的重症度を勘案して、自殺企図に対する最適の治療環境を設定することが必要となる。

図 5. 自殺行動の手段、身体合併症、必要な身体管理



1. 手段

本人や周囲から得られる情報をもとに企図手段を同定する。例えば、焼身を図った場合には、熱傷治療を視野に入れた対応が必要となる。炭酸リチウムを大量服薬した場合は、血液透析が適応となる場合がある。そして、排気ガスを吸引した場合、一見重症度の低く見える場合でも、一酸化炭素中毒などではその後に間歇型一酸化中毒を発症する場合もあるため、高圧酸素療法を要することも少なくない。飛び降りやリストカットでは外科的治療を要する場合が多い。大量服薬による自殺企図では長時間同一姿勢を保持していた場合、コンパートメント症候群などの発生にも注意を払ったほうがよい。企図手段の種類により身体的治療が決定されることは少なくない。

2. 身体合併症の把握と予測される身体管理

自殺企図の手段の確認作業をすすめながら、身体合併症を把握して重症度を確認して、必要となりうる身体管理を予測することが重要である。明らかに身体的に重症度が高い場合は、いうまでもなく身体的治療を最優先に検討する必要がある。自殺未遂者が受診した精神科救急医療施設の医療資源を勘案して、身体的治療と精神科治療に関してトリアージを行うことが重要である。

「1. 手段」で述べたような病態によっては、見逃しやすいものがある。たとえば、リチウムの大量服薬では、当初は臨床的な中毒症状は軽微に見えても、服薬時間と血中濃度上昇の関連を考慮して危険性が高ければ血液透析等も行える医療施設での治療が必要となる。加えて、三環系抗うつ薬、定型抗精神病薬など心毒性なども強い薬剤やバルビツール系薬剤などより致死性が高い薬剤も存在する。本人の自発的言動からは服薬内容が聴取できない場合や判断できない場合もある。このように場合も、精密検査と身体管理可能な医療施設との連携を考慮する必要がある。その他にも、排ガスによる一酸化中毒で受診時点では意識障害も軽度で、一見身体的に重症度が低く見える場合でも、血液ガス分析ではCOヘモグロビン低値を示しており、その後に間歇型CO中毒を発症するということもある。また、精神症状が重篤な場合、自発的な疼痛評価等の身体的評価が困難な場合も多い。たとえば、飛び降りを図った症例などでも頭蓋骨、骨盤などの骨折折の確認を十分に行えない場合は、単純X線写真やCT検査などの精密検査を行える医療施設での診療が必要となる。

このように、高度な身体的治療を要することが想定される場合には、身体救急医療機関への搬送を再度検討する必要がある。

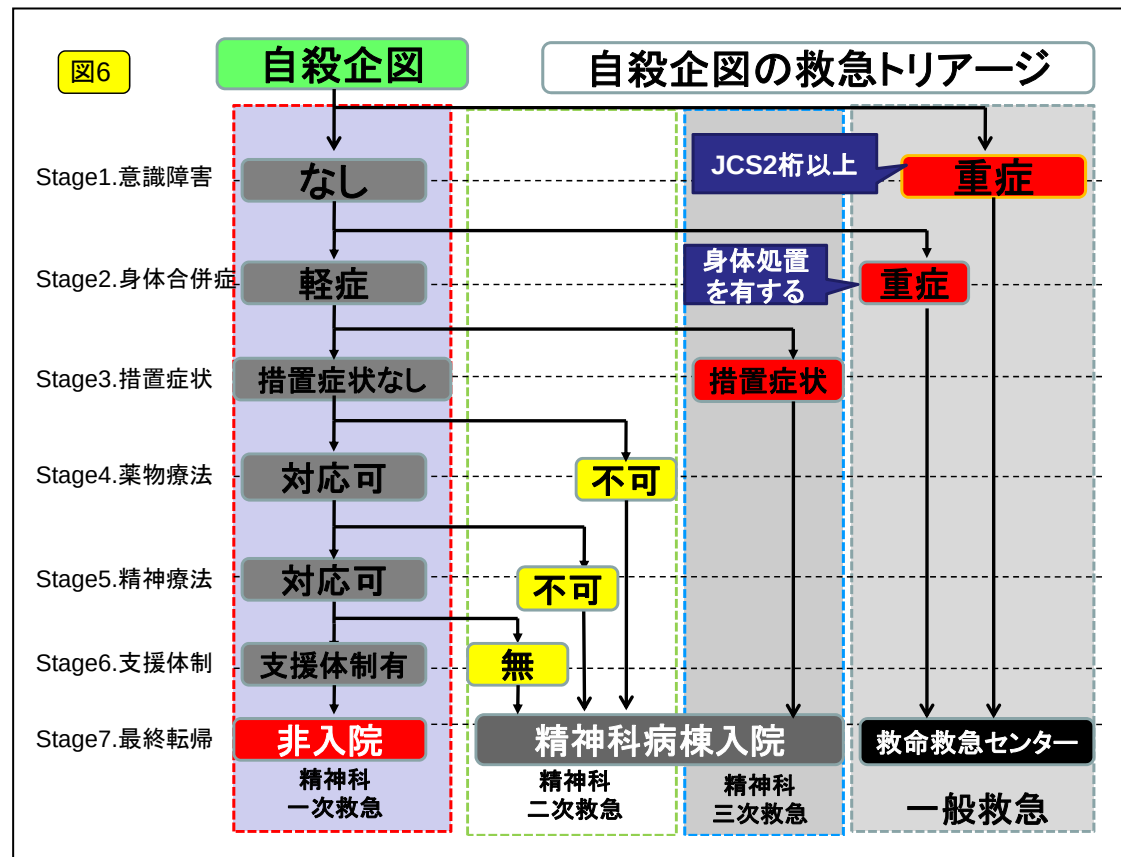
3. 一般救急医療との連携も視野に入れる

受診の相談の時点でトリアージが可能であればよいが、精神科医療施設に受診後に、自殺行動の手段や重症度により、身体治療も可能な医療機関で対応するか、精神科専門医療施設で対応するかの判断が必要とされる場合も多い。明らかに身体治療が必要な場合はいうまでもなく、判断が困難な場合も一般救急医療施設へコンサルトを行い、相談して対応を決定していくことが望ましい。どこまで精神科救急医療施設で診療可能か施設状況も踏まえて判断することが重要である。

救急受診に関するトリアージの原則（図6. 参照）

- 1) 重篤な意識障害（例えば Japan Coma Scale で2桁以上）や致死性が高い企図手段であった場合、一般救急医療の対応を要すると考えられる。
- 2) 身体的重症度は高くない場合、精神科救急での対応を要すると考えられる。
- 3) 一般救急から要請がある場合、重篤な意識障害はないか、致死性の高い企図手段ではないか、検査および治療はされているかを確認する。
- 4) 身体的重症度は高いが、一般救急を要するか判断に迷う場合、一般救急へのコンサルトを行うことを検討する。

図 6. 自殺企図の手段と重症度による救急トリアージ



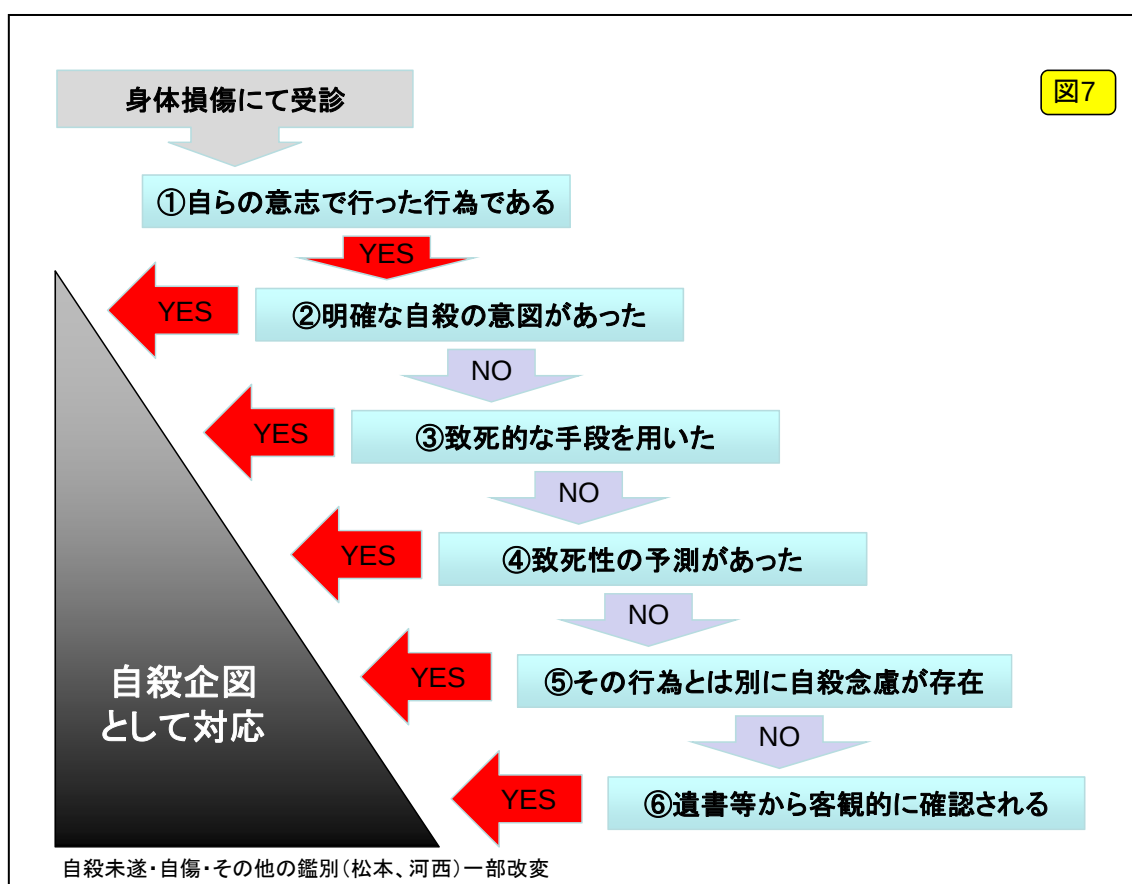
ステップiii) 自殺企図の鑑別

本人や周囲から得られる情報により、受診した患者が自殺未遂者であることを確定しなければならない。このことは、その後の治療やケアの方向性に大きく関わる事柄である。

自殺企図であったのかどうかを確認する

今回の行動が自殺企図であったのかどうかをできる限り正確に確認する必要がある、そのためには以下の手順がある。

図 7. 自殺企図の有無の確認



1. 自らの意志で行った行為であるかを確認

他人から強制された自損行為、犯罪被害、転倒による外傷や、身体疾患は自殺企図ではない。

2. 明確な自殺の意図があったかを確認

自殺の意図があってもなかなか明言されない場合があるので、これを繰り返し確認する必要がある。「症状が改善せず、薬を多く飲んで治そうと思った」というのは自殺企図には該当しないが、その場合でも慢性的に希死念慮がないか、自傷行為の繰り返しがいないかなどを確認し、精神科治療の導入を検討する。

3. 致死的な手段を用いたかを確認

客観的にみて致死性の高い方法で自損行為を行った場合は、たとえ意識障害等により本人が言明できないとしても自殺企図の可能性が高い。

4. 致死性の予測があったかを確認

客観的にみて致死性の低い方法であったとしても、本人がそれで死ぬことができると予測していた場合は自殺企図と判断する。ちなみに、「気持ちを楽にするために薬をたくさん飲んだ」という場合は自殺企図に該当しないが、本人が意図せずに結果的に死にいたる自傷もあるので、自殺企図と判断されない場合でも介入を行わなければならないケースもある。

5. その行為と別に自殺念慮が存在するかを確認

例えば、「落とし物を拾おうとして道路に飛び出したのであって、死のうとした行為でない」というような場合は自殺企図ではない

6. 遺書などから客観的に確認

遺書や電子メールでの伝言、周囲へ伝えたことばなどから、自殺の意志が客観的にされた場合には自殺企図と判断される。

ステップⅣ) 現在の自殺念慮の評価

帰宅させ外来治療につなげるか、それとも精神科病棟に入院するかを判断しなければならない。この判断をするに当たって、最も重要なポイントとなるのは、現在の自殺念慮の評価である。

1. 現在の自殺念慮の有無の確認

評価の基本は患者の訴えを真摯に聞くことである。自殺企図の判断を一通りの診察の流れで確認し、最終的に治療方針を決める。自殺念慮の確認には客観的評価と主観的評価があり、多面的評価が必要である。また、繰り返し確認することも重要である。

「大丈夫です」と言いながら心の中で自殺再企図の強い意志を固めているケースも希ではない。患者は心理的に追い詰められていても相手に対するコミュニケーションとして、辛さを表明せずに「大丈夫です」という返答をする場合もある。加えて、うつ病などの症状が重篤なため、否認により自殺念慮を否定する場合もある。自殺念慮を否定する患者の言葉を鵜呑みにすることは危険である。患者が自殺念慮を否定している場合でも、①自殺念慮を隠している、②重篤な病態で自殺念慮を持っていたとしても表面上否定する、③自殺念慮を表出できない、④自殺念慮を確認できない状態である、という可能性も検討すべきである。

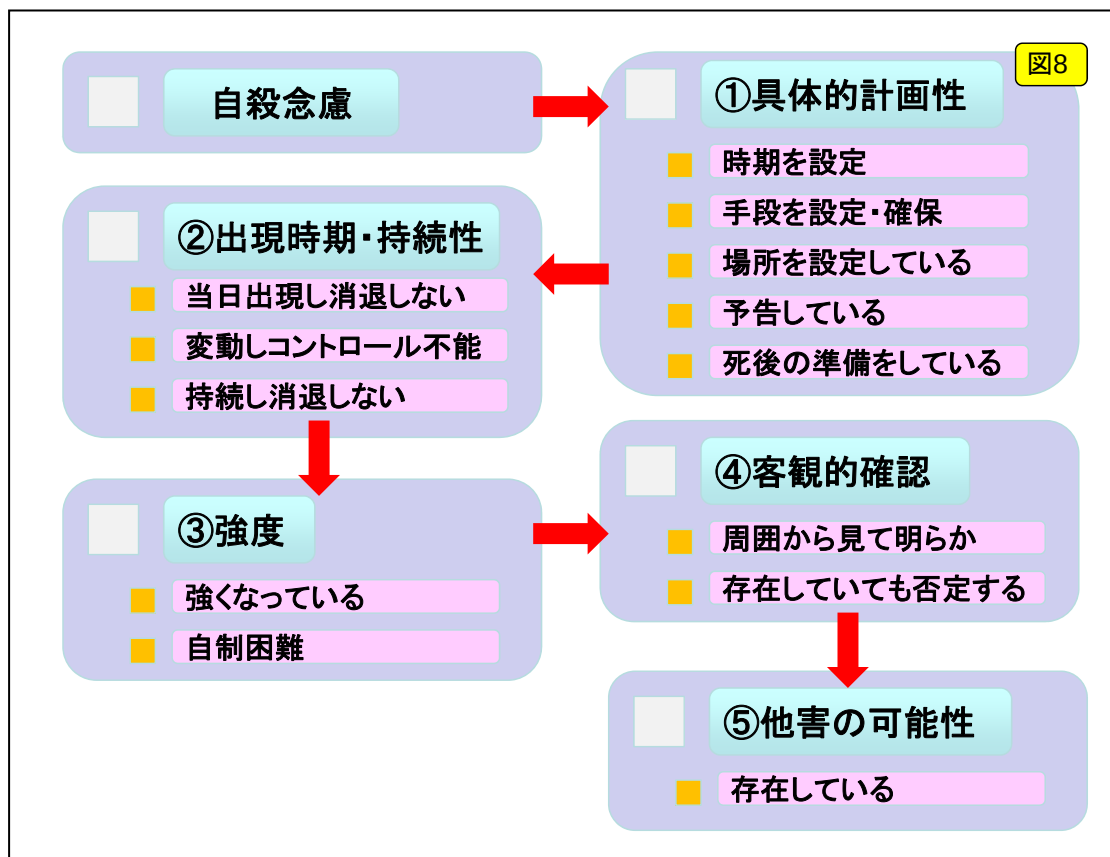
しかし、「死にたい」と表明していても、辛い気持ちをそのような言葉で表現しているだけで、自殺再企図の切迫度は言葉ほど高くないケースも存在する。患者が自殺念慮を表明している場合には、①死にたいといっても病態は重篤ではない、②病態自体が重くて表明する、という可能性を検討すべきである。

そこで、患者の訴え（表現）に加えて、自殺の計画性（自殺計画の有無と、その計画がどれほど具体的であるかということ）が、切迫度評価の重要なポイントとなる。

2. 現在の自殺念慮の評価

自殺念慮の具体的計画性、出現時期・持続性、強度、客観的観察、他害の可能性を評価し、いずれか一つでも存在する場合は、特にリスクが高いと考えられる。

図 8. 現在の自殺念慮の評価



1) 具体的計画性

自殺を具体的に計画している状況は自殺の危険性が高い状況である。

自殺念慮

- 自殺念慮：自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方「自殺したい」、「首を吊りたい」など
- 計画性：自殺手段・自殺場所・決行時間のうち、どれかひとつでも具体的になっていれば計画性があると判断され、自殺再企図の危険性が高いと判断される根拠となる。

① 時期を設定

例) 「〇月〇日に」、「〇の記念日に…」等

② 手段を設定・確保

例) 「練炭を買った」、「ロープを用意している」等

③ 場所を設定している

例) 「自殺の名所を調べている」、「思い出のある場所に行こうとしている」等

④ 予告している

例) 「周囲に『これから死ぬ』とメールする」、「『自殺するしかない』と口にする」

⑤ 死後の準備をしている

例)「保険会社に電話する」、「遺書を書く」等

2) 出現時期・持続性

当日出現し消退しない，変動しコントロール不能，持続し消退しない等は危険性が高い。

3) 強度

自殺したいと望む気持ちの強さ。具体的な計画や自殺傾性を伴った行動，動機や経緯などから判断される。自殺念慮が強くなっている，あるいは自制困難であることは危険性が高い。

4) 客観的確認

遺書を書いていた，周囲に「死にたい」と話しており，自殺念慮が周囲から見て明らかに存在するにも関わらず，言明しないが存在する，否定しても疑わしい，という場合は危険性が高い。

5) 他害の可能性

「〇〇を道連れに心中するしかない」とか，「一緒に死にたい」，「殺してしまいたい」と口にする等という場合は危険性が高い。

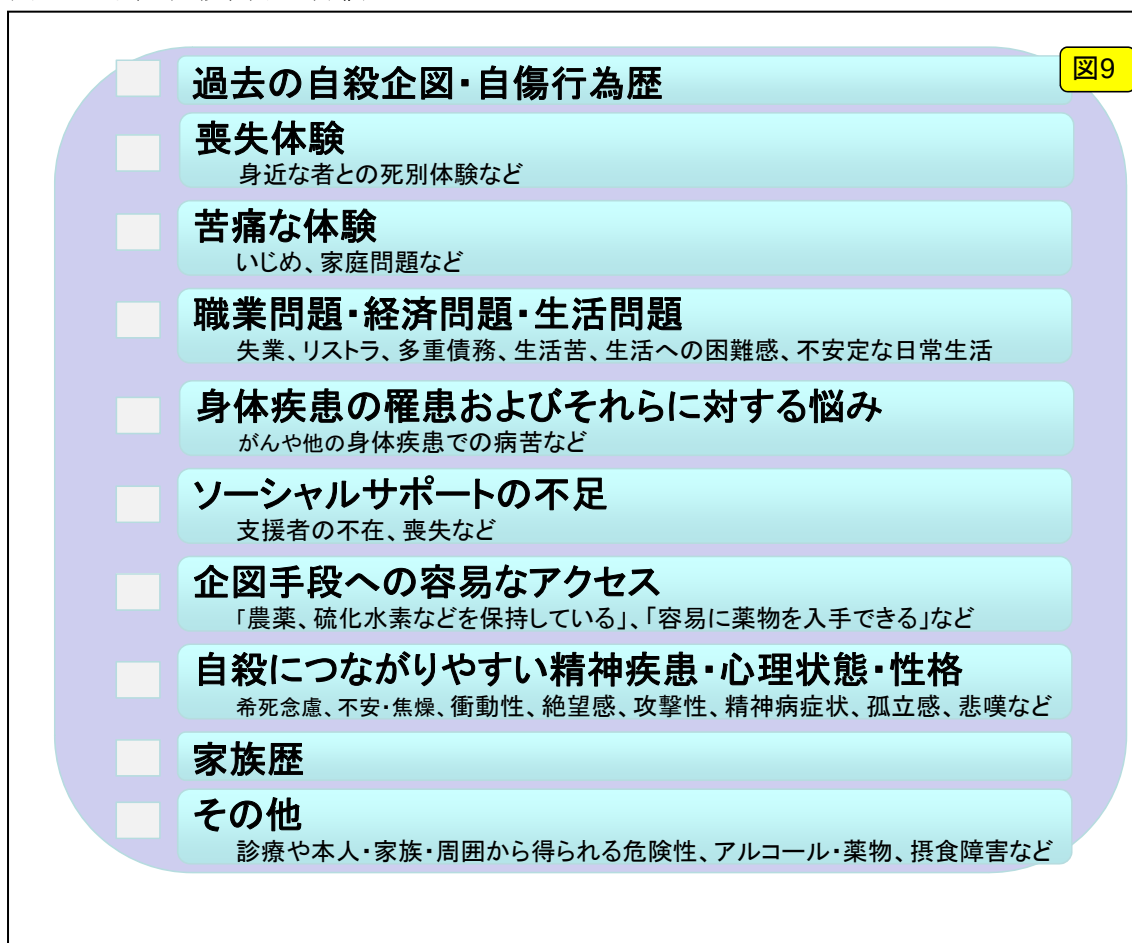
カタルシス効果を考慮する：

自殺企図と救急受診での診察によって，患者自身の不安定な精神状態が一見改善したように見え，カタルシスが得られた状態になる。しかし，この状態は長続きするわけでない。これまで抱えていたさまざまな問題が解決につながらなければ，自殺の危険性が本当に消失することはない。

ステップv) 危険因子と背景の精神障害の評価

自殺の再企図予防として、自殺の危険因子と防御因子を確認して、自殺のリスクを減らし、防御因子を高める必要がある。自殺の危険因子は一つ存在しても自殺のリスクを高めるが、複数存在することで相乗的にリスクが高まる場合がある。精神科医は包括的に自殺未遂者の危険因子や防御因子（図2参照）を把握することが大切である。

図9. 主要な危険因子の評価



1. 過去の自殺企図・自傷行為

過去の自殺企図歴は自殺の最も強い危険因子である。自殺企図患者 150 名の中で自殺が 12%、自然死が 10%、再企図が 25%という報告もある (Tejedor MC ら, 1999)。

自傷行為歴も危険因子として重要である。自傷行為を行うものは致命的な手段と結果を意図していないため、概念上は自傷と自殺企図と区別する必要がある。しかし、自傷行為を行うものはしばしば自殺念慮を認め、自傷行為で受診した後に、重篤な自殺企図を行う場合がある。自傷行為歴は自殺の危険因子として注意深く評価されるべきである。

自傷行為歴を過小評価しない：

自傷行為を繰り返す患者での自殺未遂において、自殺の危険性が過小評価される場合があるが（Stanley B ら，2001），自傷行為を繰り返している中で自殺に至るケースは少なくない。患者の危険度の評価に立ち返って臨床的な判断を行うことが望ましい。

2. 喪失体験

身近な者との死別，人間関係の断絶，病気，失業などの喪失体験は自殺の危険因子となりうる。

3. 苦痛な体験

小児期の身体的・心理的・性的な被虐待歴やいじめ，家庭内暴力は自殺の危険因子である。

4. 職業問題・経済問題・生活問題

喪失体験とも重複するが，失業や昇進，降格，リストラなどの職業問題や，多重債務や生活苦などの経済問題や，生活の困窮や転居や不安定な日常生活など生活問題は自殺の危険因子である。

5. 身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み

自殺企図は心理社会的，環境的，生物学的な要因が複合的に関与しているといわれており，その背景に精神障害が存在することは少なくない。特に身体疾患に罹患している場合，自殺のリスクは高まっている場合も少なくない。

身体疾患患者の危険を高める要因（高橋，2006）

- 慢性化する傾向がある
- 徐々に悪化する傾向がある
- 生命を脅かす合併症を伴う
- 行動や日常生活の制限が強えられる
- 一般的な方法で疼痛を除去できない
- 社会的な孤立を強いられる
- 社会的な偏見を伴う
- 認知障害を伴う（記憶や判断の障害，失見当識，せん妄）
- 自殺念慮を訴える
- これまでにも自殺未遂歴がある
- 周囲からのサポートを得られない
- 他の患者の死に強い不安を抱く

身体 の 病気 に関する 悩み で 自殺 を 考える ケース の 背景 に，うつ病 や 症状 精神 病 が 隠れて いる 場合 が ある。また，身体 疾患 治療 薬 により 精神 的 な 不調 を 来す 場合 も ある。① 背景 に 隠れる 精神 疾患 ② 身体 疾患 治療 薬 の 影響 に 注意 を 払う こと が 重要 で ある。

6. ソーシャルサポートの不足

多重債務や医療費滞納などの経済的問題や、生活苦などの生活の問題、人間関係上の問題など様々な問題を自殺未遂者は抱えているが、相談できる人はいなかったと話すことが少なくない。また、本来ソーシャルサポートが存在しても、本人は否定している場合もある。直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如や否定は自殺のリスクを高めるため、確認が重要である。

自殺未遂者は支援体制や治療関係を拒絶することがある

自殺の危険性の高い患者では支援体制や治療関係を拒絶することがある。精神科医は、このような患者の感情に曝露し、心理的な防衛反応として、これを安易に受け入れるか、認めてしまうことがあるかもしれない。しかし、ここで自殺未遂者に対する基本的姿勢を示すことが、良好な治療関係に発展する可能性がある。

7. 企図手段への容易なアクセス

自殺手段へのアクセス性、利便性が高いほど、自殺のリスクは高まる。自殺企図の手段を本人自身が準備しているような状況や、手段や方法を本人や周囲が除去できない状況は自殺のリスクが高いと考えられる。また、自殺念慮を持つ者が自殺に関する情報への曝露（報道機関による過剰な自殺報道、インターネット上の自殺を幫助するような情報）を繰り返している場合もリスクが高いと考えられる。

8. 自殺につながりやすい心理状態・精神疾患・性格

自殺のリスクを高める精神症状としては、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性があげられる。不安・焦燥を認める患者において自殺企図が発生することがある。追い詰められた心理はしばしば絶望感を生じさせ、自殺念慮を発生させる。衝動性や攻撃性が高い患者において自殺企図が発生する場合がある。

自殺のリスクを高める心理状態とパーソナリティ

- 不安・焦燥
- 衝動性
- 絶望感
- 攻撃性
- 孤立感
- 悲嘆
- 無力感

また、精神疾患は自殺企図や自殺既遂の最も強い危険因子であり、自殺既遂者や自殺未遂者の 90%以上に精神障害が存在するとされている（張, 1996 : Cavanagh JT ら, 2003）。うつ病をはじめとして、統合失調症、適応障害、人格障害、器質性精神障害など、自殺企図の背景となる精神障害は多岐にわたる。精神障害と自殺企図の関連を十分に検討することは、入院か帰宅かの判断の重要なポイントとなる。

1) 精神医学的診断について

欧米各国の自殺者に関するWHOの心理学的剖検調査では、気分障害が30.2%、物質関連障害17.6%、統合失調症14.1%、パーソナリティ障害13.0%、器質性精神障害6.3%、不安障害・身体表現性障害4.8%、適応障害2.3%、他の精神障害4.1%、他の第1軸診断5.5%、診断なし2.0%という結果であった（WHO）。日本では張（1996）が、救命センター搬送の自殺者93例の心理学的剖検から、うつ病性障害48%、分裂病性障害（統合失調症）26%、精神作用物質使用による障害6%、精神障害なし2%、診断不明20%と報告している（張，1996）。また、岩手医科大学に搬送された自殺企図者に関して、致死性の高い手段を選択し、自殺者と高い近似性を示すとされている絶対危険群（Absolutely dangerous group，飛鳥井（1994）による）147件のICD診断を調べてみると、気分障害49%、ストレス関連障害18%、統合失調症18%、パーソナリティ障害6%、症状性・器質性精神障害3%、精神作用物質による精神障害3%、その他3%であった。

以上から、精神医学的診断としては気分障害、統合失調症、アルコール症、ストレス関連障害、人格障害が代表的疾患である。WHOのガイドラインでは各疾患での自殺の危険因子として次のものをあげている。

① 気分障害

気分障害による自殺はうつ病エピソードで起こるが、双極性障害では混合エピソードにも注意を払う必要がある。

うつ病における自殺の危険性の増大と関連する特異的な臨床的特徴

- 持続的な不眠
- 自己への無関心
- 症状が重度（特に精神病症状を伴ううつ病）
- 記憶の障害
- 焦燥
- パニック発作

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）より

うつ病の人の自殺の危険を増大させる要因

- 25歳以下の男性
- 発症の早期
- アルコールの乱用
- 双極性障害のうつ病相
- 混合（躁状態・抑うつ状態）状態
- 精神病症状をともなう躁病

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）より

② 統合失調症

統合失調症では精神病症状の存在、自己の行動に注釈を加える幻聴の存在、抑うつ気分

の出現、ライフイベントなどのストレスの存在が自殺を引き起こすことがある。例えば、回復過程・再燃や精神病後抑うつで抑うつ気分が出現する場合も注意を要する。また、自殺企図歴を有する患者は注意を要する。

統合失調症患者の自殺に特異的な危険因子

- 雇用されていない若年男性
- 反復する再燃
- 悪化への恐れ（特に知的能力の高い者）
- 猜疑や妄想などの陽性症状
- 抑うつ症状

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）より

統合失調症患者の自殺が出現しやすい時期

- 病気の初期の段階
- 早期の再燃
- 早期の回復。自殺のリスクは、罹病期間が長くなるにつれて減少する。

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）より

③ 不安障害

パニック障害、強迫性障害、身体表現性障害、摂食障害と自殺の関連がたびたび報告されている。

④ アルコール症

アルコール症は自殺のリスクを上昇させる。

アルコール症の自殺と関連する特異的な要因

- 早期発症のアルコール症
- 長い飲酒歴
- 高度の依存
- 抑うつ気分
- 身体的な健康状態が悪いこと
- 仕事の遂行能力が低いこと
- アルコール症の家族歴
- 最近の重要な人間関係の途絶または喪失

自殺予防 プライマリケア医のための手引き（WHO）より

⑤ パーソナリティ障害

パーソナリティ障害は一般人口母集団に比べて自殺のリスクが約 7 倍といわれている（Harris EC と Barracloagh Bk）。境界型パーソナリティ障害では、衝動性が自殺のリスクを高める。

パーソナリティ障害での自殺リスクを高める因子

- 失業
- 経済的困窮
- 家族不和
- 葛藤
- 喪失体験

2) 重症度について

精神疾患による重症度が高いことは自殺のリスクを上昇させる場合が少なくない。特に重要な視点は精神症状の悪化に伴って、生活活動能力の低下まで来たしている場合である。山家の報告では(山家)、精神科救急を受療する自殺企図者において、重篤な自殺企図と関連する要因では生活活動能力と精神的状態像の重篤度を勘案して評価される GAS の得点が関連していた。重症度の把握の場合に、本人の生活状況がどの程度安定しているかを評価することが大切である。

9. 家族歴

家族に自殺歴のある場合、自殺のリスクが増加するといわれており、把握することが重要である。また、家族の自殺による本人への心理社会的な影響を確認しておく必要がある。

10. その他

その他にも、臨床において診察や家族・周囲の情報から得られる個別な自殺の危険性にも留意する必要がある。また、アルコールや薬物などの物質依存や摂食障害も自殺のリスクを高める。

ステップvi) 再企図の危険性の評価

自殺企図で来院した患者の治療方針を決める上で、1) 精神疾患の病態、2) 再企図予測性の評価の2つが重要な要素である。

1. 精神疾患の病態

自殺企図者の大多数が何らかの精神疾患を抱えている。また、自殺企図によって、精神疾患に罹患していたことが初めて事例化することもある。したがって、精神疾患の経過や現症を含めた病態を的確に評価し、その後の治療方針につなげていくことが求められる。

ステップivに書かれている、各々の精神障害における自殺企図のリスクを参考にしつつ、精神障害の病態を評価するが、ステップvに書かれているように、自殺念慮の表出の「ある」「なし」だけが障害の重症度や、その後の患者の処遇を決定するわけではない。たとえば、患者が自殺企図の後に混乱状態や（亜）昏迷状態に陥った場合、入院治療が必要であろう。このような患者はもはや自殺念慮を明確に表さないかもしれないが、背景精神障害の治療を適切に行わなければ、自殺のリスクが遷延ことはいうまでもない。

2. 再企図予測性

再企図予測性とは、再企図の可能性のある患者における、再企図可能性の程度のことをいう。前提として、再企図の危険を高い確度で予測することは非常に困難であるが、しかし、手がかりになることはいくつかある。まず、自殺の危険因子と、各精神障害における自殺企図のリスクは、そのまま再企図予測性の評価に利用できる。

また、その他に参考になるものとして、以下のものが挙げられる（松本、河西）

- 1) 自傷、ないしは自殺企図の手段や身体損傷の程度の変遷
- 2) 周囲の支援の不足（量と質）やニードとの不調和
- 3) 家族やその他の周囲の関係者等の理解の不足と対応の誤り
- 4) 患者の希求行動の乏しさ、あるいは支援への拒絶

これらの再企図予測性と、ステップvの自殺念慮の有無・質を総合した再企図の危険性の評価表が提唱されている（図10；松本と河西）。

図 10. 自殺未遂者のリスク評価と対応（松本，河西）

図10				
	自殺念慮	自分を傷つける計画・準備	危険因子の状況	対応
危険性がない	なし	なし	なし	なし
軽度の危険性	限定的に存在	なし	- 過去の自殺企図歴がない - 既知の危険因子が存在しない	- 心理 - 社会 - 経済的困難に対する介入 - 社会資源に関する情報提供
中等度の危険性	明確に存在	具体的にはなし～あり	- 過去の自殺企図歴、もしくは、1つ以上の危険因子の存在 - 本人が現在抱えている情緒的・心理的状態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 - 経済的困難に対する介入
高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	- 過去の自殺企図歴 - 二つ以上の危険因子の存在 - 自殺の意思と周到な計画に関する言語化 - 将来に対する絶望感 - 利用可能な支援の意義を否定 - 認知の柔軟性は維持	- 精神科病棟への自発的/非自発的入院 - 心理 - 社会 - 経済的困難に対する介入
非常に高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	- 複数回以上の過去の自殺企図歴 - 複数以上の危険因子 - 認知の硬直化 - 援助に対する拒絶	- 精神科病棟への緊急非自発的入院 - 心理 - 社会 - 経済的困難に対する介入

ステップⅦ 危機介入後の対応

1. 治療方針の策定

1) 治療環境の判断

自殺企図者のトリアージにおいて、治療環境を最終的に判断することは非常に重要となる。優先的に検討すべきは、身体科治療と精神科治療をどのようなバランスで導入するかという治療環境の設定である。また別の軸として必要なのは、自殺未遂者の治療環境には外来治療から入院治療までの広い幅があり、その中でどのような治療環境が適切かつ効果的かを検討することである。さらに、危険度についてある程度明確な評価がなされても、実際の治療環境が地域などによって多様であり、標準化しにくい実情があることを考慮する必要がある。したがって、治療環境の判断にあたっては、未遂者の心理面行動面の評価とともに社会環境的アセスメントを加えて包括的に評価し、利用できる治療環境の特性をふまえて個別に方針を立てることとなる。

2) 身体科治療と精神科治療のバランスの判断

危険度において評価した「身体的危険性」と「自殺再企図危険性」の関係性を考慮する。両方の危険性が高い場合もあるが、両者が必ずしも一致しない場合も多々ある。

治療の場を第一義的に決める要因は身体状況である。身体状況が重篤であれば、精神的危険度によらず身体疾患の治療が優先される。そうした場合に精神科医が果たすべきはコンサルテーションリエゾン医としての役割である。精神科治療の優先度・必要度は時々刻々変化するため、チームの一員となって継続的なかわりを持ち、局面に応じた専門医学的介入が必要である。

身体科病床への入院における治療計画の骨子

- 救命救急センター／集中治療室／一般病床への入院適切性判断
- 主な診療科（主治医を務める科）の決定
- リエゾン対応体制の確立（精神科医師の Call の条件設定など）
- 精神科病床への転棟必要性検討
- 観察と対応のチームマネジメント
- 身体科と精神科両面からのインフォームドコンセント

身体損傷が比較的軽症である場合には、精神科病床で精神科治療を中心的に行いながら、身体科医師の指導を得て、身体的なケアを同時に行うこともできる。これが総合病院であるか、単科精神科病院であるかによって状況は大きく異なる。当該医療施設の身体医学的対応能力をよく見極めて治療環境の設定を行うことはとても重要である。

精神科病床への入院における治療計画の骨子

- 入院目的の設定（危機介入緊急避難のみとするかどうか）
- 入院形態の選択（措置入院が該当する場合の手順を確立しておく）
- 身体的側面への対策（身体科医師の応援体制や転科・転棟の可能性）
- 行動制限の必要性判断（指定医）
- 適切な薬物治療の計画立案
- 院内の治療環境の設定（病室、生活備品の設定、面会、電話制限の設定）
- 観察と対応のチームマネジメント
- インフォームドコンセント

身体・精神両面からの治療的介入を行う場合には、両面からのインフォームドコンセントを行う。身体的治療に関する説明と同意は、当該科医師によって手続きが行われるのが通例だが、どちらかの治療を優先するために、他方の治療に環境的な制約が生じることなどはあらかじめ説明しておいた方が良い。

3) 精神科治療における治療環境の判断

① 入院治療の適切性・有益性を判断

入院治療か外来治療かを判断する上でのポイントは、両治療環境による代償／利益比の検討である。言い換えれば、選択した治療環境は当該患者にとってどれほど有益であるのか、一方でどれほどのリスクであるのかについて検討することである。精神科救急では、受診後の短期的な治療に関する判断（応急的な判断）を行うことが求められる。そしてその後、あらためて再度中長期的な視点に立った判断を行うことになる。特に自殺未遂者に関しては、安全を確保するための入院治療の要否を検討することが第一に重要な判断ポイントとなる。このとき良好な結果を希望的に期待することは禁物で、最悪の結果を回避できるよう、慎重を期することが安全である。

精神科救急における精神科病床での入院治療の目的は以下のとおりである。

精神科救急における精神科病床入院治療の目的

- 自殺再企図の防止
- 精神科治療の導入
- 自殺に至った要因の精神医学的評価
- 保護的環境の提供
- ケースワークの導入
- 自殺企図による身体合併症の治療（軽症の場合）

② 外来治療

身体的にも精神的にも危険性が低いと判断された場合には、外来治療の選択肢を検討するケースも有り得る。それは精神科入院が必ずしも功を奏さない場合や、精神科入院による患者の不利益が利益を上回る場合が存在するからである。例えば、入院が失業や現実的な困窮を及ぼす場合、強制介入が精神科医療を自発的に受療するための大きな障壁となっ

てしまう場合、家族関係にとって決定的な破壊的影響となる場合、周囲の社会的偏見に苦しむ場合などにそうした可能性がある。また、自殺企図を繰り返し問題解決の手段として
いる場合なども存在する。このような場合には入院で達成される治療目標を本人および周囲も含めて、十分に勘案して判断することが必要となる。さらに慢性的に繰り返されている致死的でない自殺企図を、長期に閉鎖環境に置くことや、単に自殺企図の防止のみを目的として必要以上に隔離や行動制限手段を用いて本人の自由意志を奪うことなどは、かえって有害な治療になる可能性もあり、慎重に検討されるべきである。

ただし、一見自殺の危険性が低く見えても、精神症状が重篤であったり、患者が社会生活を送る上で、ソーシャルサポートが脆弱であったり、現時点で治療の継続が見込めないなどの問題が生じている場合などは、入院を検討する必要がある。帰宅の検討にあたっては、患者の安全が確保できる状況でケアを継続できるかどうかを見極めていくことが特に重要である。このため、通院対処行動のアドバイスやリスク説明、観察の依頼などを忘れないように必ず行うべきである。

通院治療における治療計画の骨子

- 心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果確認
- カタルシスの評価
- 投薬の必要性検討と薬剤の説明
- 対処行動のアドバイス
- リスク説明と観察の依頼（短期的側面）
- 今後の治療計画や可能性の説明（中長期的側面）
- インフォームドコンセント

③ インフォームドコンセント

入院・外来のいずれの場合にも、現時点で自殺の危険性を評価は出来ても、完全に予測できる方法は存在せず、自殺の危険性は可能な限り最小にすることが治療であり、絶対的に防止する手段は無いということ、治療は有効性・有害性のバランスを考慮して最も効果的となるように行い、常にリスクが存在することは家族などに伝えたい、治療を導入するべきである。

④ 入院形態について

- 家族や警察、消防などにより直接来院し、措置要件を有すケース

精神保健福祉行政が関与せずに来院し、いわゆる措置要件である「自傷他害の虞（おそれ）」がある場合に、措置入院や緊急措置入院の診察手続きに進むのか、それとも早期の治療開始を優先して、他の入院形態によって介入すべきかがしばしば議論になる。通報手続きを行う際、家族が通報するのか、警察を呼んで24条の判断を求めるのか、医師が通報するのか、さらに27条の2という通報をスキップして措置入院の診察手続きに進むルートがあり、これを適用させるのか、現在までに統一見解が無いので、地域の精神保健福祉行政など関係者間でよく討論した上で最良と思われる選択をするしかないのが現状である。

- 本人のみの場合

単身の来院や家族の付き添いがない来院では、治療環境の選択に困難を生じることがある。医療保護入院の適応があっても手続きが取れなかったり、見守りや付き添いができなかったりという対応上の理由によるところが大きい。本人との治療契約が可能な場合には任意入院の選択もあるが、危機状況ではそれが行える状態に無い場合も多い。応急指定医療機関では、応急入院による緊急介入が選択肢となりえる。市町村長の同意による医療保護入院については、メディカルモデルとしては合目的で自殺企図の危険を予防する方法としてやむを得ないところもあるが、リーガルモデルとしての整合性に課題を残していることは認識しておくべきである。

2. 自殺の危険性の継続的な評価

自殺の危険性は変動するため、自殺念慮の評価や危険因子の評価を継続的に繰り返すことが大切である。特に、外出、外泊、退院などの治療環境の変更や精神状態の変化した場合、ライフイベントが出現した場合などでは、再評価する時期と考えられる。

3. 治療の継続性

自殺の危険性のある者は継続的な治療が必要である。しかし、治療脱落がその後の自殺のリスクを高める場合も少なくない。帰宅となった場合でも、治療の継続性を確保することを第一に行うべきである。精神科救急を受療後、継続治療の医療機関が違う場合には、情報提供を中心に連携を密に行う必要がある。

4. チーム医療

自殺未遂者は心理的、身体的、社会的な困難を感じている。精神科医、身体科医、看護師、ケースワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士）など多職種チームにより患者を支援していく必要がある。そして、チームのそれぞれの役割を確認しながら、治療計画を調整・立案していくことが望ましい。また、チームとして支援体制を構築していくことを患者自身も理解していくことで、患者自身が安心して協力的になり、自発的な治療参加を促すことにつながるが多い。

ステップⅧ) ケースマネジメント・地域ケア

ケースマネジメント

- 帰宅の場合も入院の場合も考慮
- 対処手段の拡大や支援体制の強化
- 継続的地域サポートの導入

1. ソーシャルワーク

1) 精神科救急におけるソーシャルワークの目標：

自殺未遂者はしばしば医学的問題に加えて社会的問題を抱えているため、精神科救急担当医には医療的にも、社会的にも迅速な危機介入が求められる。自殺未遂者の中には、経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えながらも、相談者がいない状況に陥っている者もいる。また、相談者がいる場合でも、精神科外来か家族以外に相談先がないということもよくある。周囲の支援体制、相談機関の振り分け、そして個々の抱える問題に関するケースマネジメントが必要となる。

経済問題や生活問題を抱えている自殺未遂者の相談にのり、ソーシャルワークの手法を用いて最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。救急担当医は緊急対応を求められるソーシャルワークのニーズを把握した場合、即応的にサービスを提供することが重要である。救急担当医は身体的治療と精神科救急的治療のマネジメントを行いながら、患者のさまざまな問題に対する迅速なソーシャルワークの導入を図ることが求められる。

精神科救急におけるソーシャルワークの目標

- 医療的・社会的な迅速な危機介入
- 緊急対応のニーズの把握
- 即応的なサービスの提供

2) ソーシャルワークの実践

自殺未遂者の転帰が帰宅、入院いずれの場合でも、地域の社会資源を活用することで、患者の心理社会的支援を検討する必要がある。そのため、精神科ソーシャルワークは非常に重要である。精神科救急担当医は救急対応をしながら情報収集やアセスメントを行い、心理社会的問題を抽出する。図 11 の「精神科救急医療における精神科関連ソーシャルワーク」のフローチャートでの SW1～SW2 を説明する。

<SW1>問題点抽出

- ・ 患者の心理社会的問題に関する情報収集
- ・ 現実抱えている社会生活上の問題点を本人、家族、救急隊、付き添いの支援者などから情報収集する
- ・ 患者のアセスメントと並行して行う

図 11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク



<SW2>問題点アセスメント

- ・ 心理社会的問題の緊急性、重大性の評価を行う
- ・ 支援者、支援組織などの確認

<SW3>介入目標設定

- ・ ワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士、医療ソーシャルワーカーなど）の要請
- ・ 現実的で達成可能な目標設定
- ・ 患者（利用者）および支援者（家族など）と一緒に設定する
- ・ 前向きな目標設定と動機づけ

<SW4>介入計画立案

- ・ アセスメントと目標設定に基づいた介入方法の提案

<SW5>短期的介入

- ・ 必要な情報の提供
- ・ 支援組織（行政、関連機関など）との連携
- ・ 生活・金銭・その他の問題の調整
- ・ 家族、保護者、扶養義務者、後見人など支援者との調整
- ・ 精神保健福祉法に基づく入院の場合の手続きの調整

<SW6>ソーシャルワーク導入

- ・ 継続的な相談・支援体制の構築
- ・ 担当者の紹介
- ・ 介入目標と介入計画の確認
- ・ アドボカシー
- ・ エンパワメント

- ・ 関係機関との連携（NPO・社会福祉協議会・企業等）
- ・ リンケージ

2. 地域ケアへの移行

1) 外来治療への移行

精神科救急受診後に外来治療に結びつける時には、治療の継続性が最重要の課題である。受診することになるかかりつけ精神科医療機関や受診日時を精神科救急医と患者と、家族とで具体的に話し合うことが必要であり、これには、治療のアドヒアランスを促進させる効果もある。また、心理的危機に陥った場合の対処法についても、具体的に検討しておくといよい。例えば、家族や周囲などとの連絡法などのセルフケアや救急受診、保健所・警察・関連機関などの利用法などが含まれる。

外来治療への移行にあたって必要なこと

- 具体的な検討（医療機関、場所、日時など）
- 危機介入としてのセルフケア、周囲の支援、関連機関の利用

紹介にあたって留意すべきこと

- 患者と家族に診療結果や状態を説明し、かかりつけの精神科医が必要であることを伝える
- 患者と家族の精神科受診への偏見に配慮する
- 精神科治療の有効性を説明する
- 患者が見捨てられたという感覚を持たないように配慮する
- 可能であれば紹介先の精神科医に直接連絡をとる
- 頑なに患者自身が拒否する場合、家族から受診を促してもらう
- 具体的な受診日や受診の方法を確認する

2) 退院は自殺の危険因子でもある

地域への社会復帰を検討する上で、継続性を有する治療や支援の計画を立案することが必要である。社会復帰にあたって危険度がないか、再度確認する必要がある。必要な社会源はあるのか十分な確認が必要である。未遂が1年以内は、再企図の危険が最も高い時期であり、個々の症例に基づいたアフターケアが実施される必要がある。複数の機関が連携をしながら行うが必要となる。精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所などが調整をしながら定期的な電話や自宅訪問などを行うことが必要なケースもある。昨今、行政機関やNPO等、自殺防止についての活動が行われている。日頃から関係機関との情報交換や研修等の連携のほか、協調した活動が望まれる。加えて、心理的危機に陥った時の危機介入を想定して、本人がいつでもSOSを出せるルートを用意する必要がある、本人が利用可能なライフラインを確保することが大切である。

退院にあたって必要なこと

- 再企図の危険性の評価
- 患者の包括的な評価
- 治療の継続性・安定性
- 社会生活上の支援体制の確認
- 関係機関との調整・連携
- 情報提供
- 本人がいつでも SOS を出せるルートを用意する

3. 再企図予防に関する情報提供

1) 情報提供の役割

- **現場で患者、家族に安心を与える。**
自殺未遂で受診した場合、患者や家族も大変混乱している場合が多い。さまざまな心理社会的な問題を抱えていても、すぐに問題解決に向けて決定できない場合も少なくない。
- **患者、家族が適切な医療や支援を選択できる。**
自殺未遂で受診した患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識として持っていない場合も少なくない。適切な情報が提供されることで、治療やその後のケアを患者や家族が選択することが可能となる。
- **ケアの導入や再企図防止にとって重要な心理教育的なアプローチである。**
自殺企図がなぜ起こったのかということに対して本人や家族が理解することは、今後のケアの導入や再企図防止の観点でも重要である。

2) 提供できる情報の種類

- 自殺企図のプロセス
- 自殺の危険因子と防御因子
→参照. 「図 2. 精神科救急における自殺未遂者ケアの方法」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性
→参照. 「図 1. 自殺未遂者ケアの全体像」
- 経済問題や生活問題、病気に関連した悩みを抱えている場合の相談口の存在や医療相談室などを介したケースワーキング対応の存在
→参照. 「図 11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク」
- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

ステップⅨ) 家族・周囲への支援とケア

1. 家族・周囲への支援とケア

自殺未遂者の治療を行う時に、家族や周囲と信頼関係を構築し、自殺未遂者の支援体制を構築することが大切である。具体的な実践項目を以下に示した。

家族・周囲の者への対応

1) 家族・周囲の者に安心を与える

- 家族も動揺している場合が多く、まくしたてるように一気に説明することは好ましくない。治療者側がゆっくりとおちついて応対することで、家族も安心する場合が多い。
- 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える。
- 地域で活用可能な救急対応の窓口に関する情報を提供する。

2) 家族・周囲の者の悩みを受容する

- 家族・周囲が罪責感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必要がある。また、これまで支援してきた家族へねぎらいの言葉をかけることも重要である。

3) 本人への支援を要請する

- 家族からも心理社会的問題を聴取し、必要な場合、家族と協力しながら治療やソーシャルワークにつなげる。

4) 本人と家族・周囲の者の両者に対して中立的立場を原則とする

- 例えば、意見の相違を認める場合に、しばしば対立的になってしまう場合がある。精神科医は中立的立場から、対立する問題に対しての両者の相互理解につながるような心理的介入を目標とすることが必要である。

5) 家族から情報を収集する

- 家族から患者に関する情報を収集し、病歴を確認する。

ステップ x) 自殺が発生したとき

1. 遺族に対して

精神科救急の現場でも自殺未遂者が最終的に不幸にも亡くなれる場合がある。自殺の発生は自死遺族に対して心理社会的な影響を大きく及ぼすといわれており、死別後の悲嘆、混乱などが出現することもある。その場合、自死遺族の気持ちを踏まえた対応を行うことが大切である。また、患者の状態や経過などについて説明を行う場合にも、遺族の心理に配慮する必要がある。また、家族が当初から現実的な対応に追われることも想定される場合には、社会的手続き等に関する情報提供やソーシャルワークも重要である。中長期的視点では遺族はさまざまな苦痛を経験するため、自死遺族の会等の「分かちあいの場」やグリーフケア、自死遺族支援の窓口、関連機関などの情報を得ておくことも有意義となる。

2. 関わったスタッフに対して

担当した患者の死は関わった医療者・従事者にも影響を及ぼす。そこには、悲しみ、罪責感、自尊心の低下や無力感、怒りなど、複雑な心理規制が生じやすい。また、連日、救急医療に関わるものには燃え尽きも生じやすい。医療者・従事者の反応は、時に不眠や慢性疲労などの身体症状につながったり、抑うつ状態や、不安・焦燥などの精神症状として発現することもある。

精神科救急医療施設では、医療者・従事者のメンタルヘルスに常に関心を払いながら、必要に応じて医療チーム（集団）、あるいは個々のスタッフに対して何らかのケアを要することもある。これは、状況に応じて、事例検討会、リスク・マネジメントに関する検討会、医療チームを対象とした集団精神療法、個人を対象とした精神療法・薬物療法などが含まれる。

参考文献

1. 有賀徹, 三宅康史: 自殺企図者に対する救急外来 (E R) ・救急科・救命救急センターにおける手引き作成の意義. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 (研究代表者伊藤弘人) 平成 20 年度総括・分担研究報告書. 151-189, 2009]
2. 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—. 精神神経誌 96: 415-443, 1994
3. Ball LR: Suicide Risk Assessment: Practical Strategies and Tools for Joint Commission Compliance. HCPro, Inc, USA, 2007
4. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al : Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. Psychol Med 33 : 395-405, 2003
5. Chiles JA, Strosahl KD: Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients, American Pschiatric Publishing, Inc, Washington DC. And London, UK, 2005(チャイルズ・JA, ストローサル・KD) 自殺予防臨床マニュアル (高橋祥友訳) : 星和書店, 東京, 2008)
6. 張賢徳 : 自殺既遂者中の精神障害と受診行動 3789 , 37-40, 1996
7. 遠藤仁, 大塚耕太郎, 吉田智之, ほか: 自殺企図者の生命的危険性と関連する諸要因について: 救命救急センターにおける身体的重症自殺企図群と軽症群の比較検討. 精神科救急第 12 巻: 60-73, 2009
8. (eds. by RW Maris, AL Berman, MM Silverman) Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford Press, New York, 2000
9. (eds. by M Phelan, G Strathdee, G Thornicroft) Emergency Mental Health Services In The Community, Cambridge University Press, Great Britain, 1995
10. (eds. by RL Glick, JS Berlin, AB Fishkind, SL Zeller)Emergency Psychiatry; Principles and Practice. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer, Philadelphia, 2008
11. (eds. by R Hillard, Z Brook) Emergency Psychiatry. The McGraw-Hill Companies, Inc., USA, 2004
12. Harris EC, Barraclough B:Suicide as an Outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry170:205, 2008
13. 八田耕太郎: 救急精神医学—急患対応の手引き—. 中外医学社, 東京, 2005
14. (平田豊明・八田耕太郎監修) 精神科救急ケースファイル—現場の技. 中外医学社, 東京, 2009
15. 自殺未遂者への対応: 救急外来 (E R) ・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 日本臨床救急医学会, 2009
16. 河西千秋: 自殺未遂者のケアに関する研究: 専門職・専門領域における自殺医未遂者ケアのためのガイドラインの作成. . 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 (研究代表者伊藤弘人) 平成 20 年度総括・分担研究報告書. 95-112, 2009

17. 河西千秋：自殺未遂者ケアに関する研究：自殺未遂者ケアのためのガイドライン指針の作成．．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究（研究代表者伊藤弘人）平成 19 年度総括・分担研究報告書．157-185, 2008
18. 河西千秋：自殺予防学．新潮選書，東京，2009
19. 川野健治：研修プログラム・ツールの開発に関する研究．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究（研究代表者伊藤弘人）平成 19 年度総括・分担研究報告書．47-150, 2008
20. 大塚耕太郎，酒井明夫，智田文徳：(2) 医療機関における自殺未遂者に対する心のケアを実施する体制の整備．(本橋豊編) 自殺対策ハンドブック Q&A 基本法の解説と効果的な連携の手法，ぎょうせい，東京，Pp218-220, 2007
21. 大塚耕太郎，酒井明夫：File45 自殺未遂者のソーシャルワーク．(平田豊明，八田耕太郎監修) 精神科救急ケースファイル—現場の技—（日本精神科救急学会編）．中外医学社，東京，pp135-138, 2009
22. 大塚耕太郎，酒井明夫，智田文徳，ほか：自殺対策における精神科救急医療の役割．メンタルヘルス・ライブラリー24 自殺と向き合う．批評社，東京，89-99, 2009
23. 大塚耕太郎，酒井明夫：岩手医科大学における精神科救急システム：岩手県盛岡地区の精神科救急の課題と展望．シンポジウム 13「精神科救急医療の課題と展望」．第 102 回日本精神神経学会総会，精神神経学雑誌 108 巻 10 号；1058－1061, 2006
24. 大塚耕太郎，酒井明夫：IV その他 7. 精神症状，救急医学 30(6)：748-750, 2006
25. Preventing suicide: a resource for general physicians, WHO, Geneve, 2000 (河西千秋，平安良雄監訳：自殺予防プライマリ・ケア医のための手引き)
26. 酒井明夫，大塚耕太郎：精神科救急における自殺企図者の実態調査：再企図に関連する因子の検討．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究 H17 年度総括研究報告書，pp54-57, 2006
27. Stanley B, Ghera MJ, Michalsen V, Mann J :Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. Am J Psychiatry 158:427-432, 2001
28. Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Psychiatr Clin North Am 10: 185-206, 1987
29. (eds. by RI Simon, RE Hales) Textbook of Suicide Assessment and Management America Psychiatric Publishing, Inc., 2006
30. (eds. by Wasserman D, Wasserman C) Text Book of Suicidology, : Oxford University, London, 2009
31. (ed. by DG Jacobs) The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. Jossey-Bass, New York, 1999
32. (eds. by AA Leenaars, JT Jaltzberger, RA Neimeyer) Treatment of suicidal people. Taylor & Francis Group, LLC, New York, 1994
33. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area.

BMC Psychiatry, 7, 64, 2007

34. 山家健仁, 大塚耕太郎, 星克仁, ほか: 自殺企図者の年代分布を踏まえた性差による比較検討. 岩手医学誌 60, 89-103, 2008.
35. World Health Organization: Figures and Facts about Suicide. [WHO/MNH/MBD/99.1]. Geneva, 1999(高橋祥友: 日本における自殺の疫学. (小林章雄, 坪井宏仁, 高橋祥友監修) 自殺予防学: 医師・保健医療スタッフのために. p303 - 308, 学会出版センター, 東京, 2006 ((ed by D Wasserman) SUICIDE An Unnecessary Death. Martin Dunitz Ltd, London, 2001) の 305 ページより抜粋)

索引

- アルコール症 24
- 遺族 37
- 家族支援 36
 - 遺族 37
- 危機介入 28, 34
- 危険因子 4, 7, 8, 20
 - ソーシャルな問題
 - 経済的問題 22
 - サポート 22
 - 精神疾患
 - 気分障害 23
 - 統合失調症 23
 - 不安障害 24
 - アルコール症 24
 - パーソナリティ障害 24, 25
 - 心理状態 22
 - パーソナリティ 22
- 気分障害 23
- 逆転移 6
- 傾聴 5
- ケースマネジメント 32
- 再企図 7, 26, 28, 34, 35
- 自殺関連行動 2
- 自殺既遂 2
- 自殺企図 2, 20
 - 鑑別 15
- 自殺企図者 10
- 自殺手段 12
- 自殺念慮 2, 17, 18, 26, 27
- 自殺未遂 2
- 自殺未遂者 3, 10
- 自傷行為 2, 20, 21
- 10のステップ 8, 9
- 身体合併症 12, 13, 14
- 身体管理 12, , 13
- 身体疾患 21
- スタッフのケア 37
- ソーシャルワーク 32, 33
- 退院 34
- TALKの原則 5
- 統合失調症 23
- 入院治療 29
 - 入院形態 30
- パーソナリティ障害 24, 25
- 不安障害 24
- 防御因子 4, 20

あとがき

わ国の自殺者数は平成10年以降年間約3万人と高い水準で推移している。自殺対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法」の成立を受け、平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」でも自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ取り組みが重要な項目として位置づけられている。精神科救急医療では自殺未遂者ケアで果たす役割は大きく、精神医学的治療を緊急的に実践するため、非常に高度な医療であり、今後も精神医療が担うべき重要な領域である。本ガイドラインにより、精神科救急医療の従事者が自殺未遂者のケアについて理解が深まり、積極的に実践していかれることを祈念している。そして、わが国における自殺者数が、少なくとも平成9年以前の水準にまで復元することに貢献できれば幸甚である。（執筆者一同）

精神科救急ガイドライン 2009「自殺未遂者への対応」（日本精神科救急学会）

監修

澤 温（理事長・医療政策委員）

平田 豊明（理事・医療政策委員長）

酒井 明夫（理事）

執筆

大塚 耕太郎（評議員）

河西 千秋（評議員）

杉山 直也（理事・医療政策委員）

執筆協力

川畑 俊貴（理事・医療政策委員）

鴻巣 泰治（評議員・医療政策委員）

佐藤 雅美（理事・医療政策委員）

白石 弘巳（監事・医療政策委員）

塚本 哲司（評議員・医療政策委員）

中島 豊爾（理事・医療政策委員）

八田 耕太郎（理事・医療政策委員）

山田 朋樹（会員）

監修協力

伊藤 弘人（国立精神・神経センター精神保健研究所）

（執筆者以下アイウエオ順）