

第 2 章

受診前相談

- I. 精神科救急情報センター（精神医療相談窓口）概論
- II. 精神科救急情報センター（精神医療相談窓口）における対応の基本

受診前相談

はじめに

本学会では2003（平成15）年より本書『精神科救急医療ガイドライン』を発行し、今回2回目の改訂であるが、初めて「受診前相談」を章立てすることとなった。従来、精神科救急の始点のほとんどは電話相談であり、対応によってはその後の経過や結果、予後にも影響するため、状況把握、情報伝達、傾聴・助言等の技術は極めて重要であることが学会内外でしばしば議論されてきた。

一般に医療とは医師による診療行為を前提とし、「医療提供側の診療義務／請求権」と「受療側の受療権利／支払義務」を伴う民法上の契約行為とみなされ、例えば一般身体医療の領域では、主に救急隊活動を中心とする病院に至る前のアクセスに関しては、「病院前救護（プレホスピタル・ケア）」と呼ばれ、「医療」の名称は使用されていない。しかしながら、救急医療において行政事業として運用される病院前救護の社会的重要性は大きく、医療における診療契約上の責任とは別に、当然ながら大きな責任を伴っている。

精神科救急医療における同様の病院前行政活動としては、一般的な救急隊活動や警察活動とそれに連動する23条通報（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）第23条）を中心とした精神保健福祉行政活動のほか、都道府県での精神科救急医療体制整備事業として運用される電話相談窓口（精神科救急情報センターと精神医療相談窓口）がある。またそれら行政活動以外にも、地域の基幹病院（常時対応型）や各当番病院（病院群輪番型）が直接問い合わせを受ける電話相談、いのちの電話や相談支援事業所などが行う関連活動等、アクセス先としては多様なものが存在している。

本学会では、2012（平成24）年12月18日に「今後の精神科救急医療に向けた提言」を発表し、この病院前の領域について「精神科プレホスピタル・ケア」として「地域の関係機関によるネットワークを基盤とした、精神科救急医療圏域ごとの実効的なプレホスピタル・ケア体制の整備」を求めている。

今回、ガイドラインの改訂にあたり、提言の趣旨を踏まえて、こうした活動について新たに「受診前相談」として標準的な体制、対応技術等について整理する運びとなった。適切な受診行動を導き、適正で効率的な搬送先選定が行われるよう、さまざまな評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療における受診前相談担当者のスキルアップを目的としている。本指針が活用され、それぞれの地域や組織で良好な精神科救急医療体制の運営と相談者への対応が行われるよう期待するものである。

本ガイドラインを使用するにあたっての留意事項

なお、本ガイドラインの内容は、必ずしも好ましい結果を保証するというものではなく、また、現場における判断は常に個別的であることに注意されたい。実際の相談場面に際しては現場の判断が優先されるべきである。本指針に関して、いかなる原因で生じた障害、損失、損害に対しても筆者らは免責される。

I. 精神科救急情報センター（精神医療相談窓口）概論

1. 精神科救急医療体制における精神科救急情報センター（精神医療相談窓口）の役割

精神科救急医療体制整備事業は、緊急な医療を必要とするすべての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県または指定都市が、精神科救急医療体制を確保することを目的として実施されている。都道府県の精神科救急医療体制整備の努力義務は、2012（平成24）年4月1日に施行された精神保健福祉法の一部改正によって法内に規定された。

精神科救急医療体制整備事業の実施要綱によれば、

- ① 精神医療相談窓口は、特に休日、夜間における精神障害者および家族等からの相談に対応し、精神障害者の疾病の重篤化を軽減する観点から、精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う。
- ② 精神科救急情報センターは、身体疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整を行う。

とされている。

しかしながら、実際の精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの機能

の違いについては不明確であり、かつ都道府県ごとにその運用が異なっていることから、本学会ではこれらを「受診前相談」として位置づけ、多様なニーズに対応できるよう、精神科救急医療圏域ごとの地域のネットワークを基盤とした実効的な体制構築を提言している。

2. 受診前相談の目的

1) トリアージ (triage)

精神科救急医療の対象となる事例を的確に選別し、適切な医療機関を紹介する。

2) 地域生活支援

精神障害者やその家族等からのクライシスコールを受け、問題への対応について助言することにより、相談者の不安を軽減させるとともに、緊急性を回避する。

3) 受診前相談の役割

受診前相談の役割は、精神障害者の地域生活を支援することであり、単にその場の問題解決を支援することにとどまらず、相談者の問題対処能力を高めるよう対応することが求められる。この対応こそが精神科救急事例を減らすことにつながる。

4) 受診前相談の可能性

受診前相談においては、以下のような副次的可能性をも見据えた取組みが求められる。

(1) 自殺予防対策への寄与

受診前相談には、希死念慮を訴える相談が散見される。これら事例の自殺切迫度を的確に評価し、自殺が切迫していると判断された事例に対し速やかに対応することで自殺予防対策に寄与する。

(2) 早期介入（精神病未治療期間〔duration of untreated psychosis : DUP〕短縮化）への寄与

精神科未受診事例が受診前相談事業にアクセスすることができれば、DUPを短縮化させる可能性があることが示唆されている。したがってDUP短縮化を推進するために、受診前相談事業へ容易にアクセスできるよう、受診前相談の認知度を高めるための取組みを行う。

(3) 精神障害者のアドヒアランス (adherence) 向上への寄与

急性増悪に備え、それを回避するということは、精神医療コンシューマー (consumer) にとって、アドヒアランス向上の延長線上にある重要なことと考えられる。受診前相談は、精神科救急医療を必要とする精神障害者へのコーディネート機能のみならず、疾病の増悪を回避することや、疾病からの回復を促進するための支援をも意識した存在であることを目指す。

(4) 家族への疾病教育機能

受診前相談事業にアクセスした家族に対し適切な助言を行うとともに、疾病、支援サービスや支援制度に関する情報等を提供するなど、既存の精神保健福祉サービスでは不十分な家族支援を補完する。

(5) 地域精神医療にインパクト (impact) を与える

受診前相談事業において把握されるマクロ救急事例に加え、ミクロ救急事例の把握にも努めることで、自治体内の地域精神医療の実態を明らかにするとともに、課題を見出し改善に取り組む。

(6) 地域精神保健医療福祉従事者へ危機介入に関する知見を還元するという教育的機能

受診前相談事業において蓄積された危機介入に関する知見を地域精神保健医療福祉従事者に還元することで、「急性増悪に備える」という援助視点を醸成する。

(7) 災害時精神医療体制の基幹的機能

災害時に自治体内の精神科医療機関の被災状況を把握するとともに、緊急対応の可否について情報を集約し、緊急受診が必要な事例について受診調整を行い、併せて移送手段の確保にも努める。

5) 精神科救急医療の対象

精神科救急医療の対象は、非自発入院治療を要する「急性かつ重症の患者」すなわち「精神疾患による現実検討 (reality testing) の損傷と社会的不利益が最近1カ月以内に急速に生じており、改善のために急速な医学的介入が必要かつ有効な患者」、および向精神薬による副作用が急に出現した事例や不安感や焦燥感が著しい事例など、外来治療が最適の選択肢であると判断された事例である。なお、入院基準については第1章V節「精神科救急医療施設への入院基準」を参照のこと。

6) 実施体制

(1) リスクマネジメント

受診前相談におけるリスクマネジメントとして、以下のことを推奨する。

① 対応ガイドラインを整備する。

- ② 相談電話機のナンバーディスプレイ機能を活用する。
- ③ 相談電話機の録音機能を活用する。
- ④ リスクマネジメントについて検討し、対応手順をあらかじめ定めておく。

(2) 広 報

- ① 精神障害者やその家族が、必要な時に受診前相談事業にアクセスできるよう、市町村等の協力を得るなどして、相談電話の電話番号の広報に努めるべきである。
- ② 精神科救急事例を減らすため、精神障害者やその家族が急性増悪時に対処できるよう、あらかじめ備えておくべきスキルを提案する広報媒体を作成し配布する。

(3) 業務統計

相談事例のデータベース化をすることで、対応に一貫性をもたせることができる。事業評価や説明責任（accountability）を明らかにするためにも、業務統計作業は欠かすことができない。

(4) 情報公開

説明責任を明らかにするためは、業務実績をホームページ等で公開すべきである。

(5) 事業評価

- ① 対応の質を維持するためにも、内部評価（事例レビュー）を定期的に行うべきである。
- ② 外部評価（精神科救急医療体制連絡調整委員会*や他の精神科救急医療体制を検討する会議等）を定期的に受けるべきである。
- ③ 常時対応型施設や病院群輪番型施設等の職員を対象とした事業報告会の開催を推奨する。

(6) 他機関等との連携確立

機関相互の連携を図るためには、他機関の機能（その限界も含め）やミッション（mission）を理解することが重要である。なお、連携を確立するためには、精神科救急情報センターの相談員が代わっても、事業や支援哲学の継続性・連続性が担保されることが前提となる。

- ① 身体科医療機関および身体科救急医療相談機関と連携する際、精神科医療においては、事例を「疾病性（illness）」と「事例性（caseness）」との2軸から検討するが、「事例性」という視点が身体科医療にはなじ

* 精神科救急医療体制整備事業実施要綱の一部改正（平成27年4月24日付障発0424第8号）により、精神科救急医療体制連絡調整委員会において、適正な受診に関する周知および事業の評価・検証を行い、精神科救急医療体制機能の整備を図ることとされた。

みがないことが、身体科医療と精神科医療との間で摩擦を引き起こす大きな要因である。身体科医療機関および身体科救急医療相談機関と連携を図るためには、この点に留意する必要がある。

- ② 身体科を対象とする救急医療相談機関との相互理解を構築するよう努めるべく、意見交換等を定期的に行うことが望ましい。
- ③ 身体合併症事例の円滑な医療機関調整が図れるよう、身体科医療機関との相互理解を構築するよう努めることが望ましい。

(7) 受診前相談に従事する相談員

受診前相談に従事する相談員は、精神科救急事例への対応経験が豊かな人材が望ましいことは言うまでもない。しかし、精神科臨床経験の乏しいスタッフで対応しなければならない場合には、バックアップ体制の整備は必須である。いずれにおいても、精神保健指定医等からのコンサルテーションが常時受けられる体制が必要である。

(8) 相談員に求められる知識など

- ① 精神症状に関する知識
- ② 向精神薬とその副作用に関する知識
- ③ 精神科医療機関の特性や機能に関する情報
- ④ 近隣都道府県の精神科救急医療体制および精神科医療機関に関する情報
- ⑤ 障害福祉サービス事業所等の社会資源に関する知識
- ⑥ 身体疾患や検査データ、医学用語に関する知識
- ⑦ 社会保障制度に関する知識
- ⑧ 関係法令に関する知識
- ⑨ 地理感覚

II. 精神科救急情報センター（精神医療相談窓口）における対応の基本

1. トリアージ (triage)

1) 基本的な考え方

精神科救急医療におけるトリアージ (triage) では、事例を「疾病性 (illness)」と「事例性 (caseness)」との2軸から検討する必要がある。「疾病性」とは医学的な重症度であり、「事例性」とは精神疾患によって生活上自他に深刻な不利益をもたらす行動である。これらを勘案し精神科救急事例か、または通常の精神保健医療福祉サービスで対応すべき事例かを判断する。

なお、警察官や救急隊員が関与することで、時に「事例性」が引き上げられてしまうことがあるので、留意する必要がある。

2) トリアージ (triage) における原則

- (1) 時間を意識する。短時間（おおむね 10 分間）で、精神科救急事例か否かを判断する。
- (2) 身体疾患の存在を常に意識する。
- (3) 疑われる疾患は、意識障害・器質性疾患・精神病・心因性疾患の順に除外する。
- (4) 司法的問題（違法薬物の使用や不法在留等）がないかを判断する。
- (5) 要入院治療か外来受診で帰宅させられるかを判断できない事例については、非自発入院をも想定した医療機関調整を行う。

3) 対 応

(1) 対応の原則

- ① 受診前相談においては、相談者を受容、共感しようと努めつつも、精神科救急医療対象事例か否かを判断するために必要な事項について積極的に質問する。
- ② 精神科救急医療体制は、限られた医療資源から捻出されているものであり、精神科救急医療をコンビニエンス (convenience) のものにし過ぎるべきではないという価値観を堅持する。
- ③ 精神科救急事例は本人以外の者から受診前相談にアクセスされる場合が主であり、時に本人の意向等が無視されがちである。受診前相談は本人にとって最善の対応を目指さなければならない。

(2) 受容、共感をする

- ① 相談者と相談担当者は、対等な立場であることを常に意識する。
- ② 相談者のありのままの姿をそのまま受容する。
- ③ 相談者を、善悪や常識、相談担当者の価値観で評価しない。
- ④ 常識を振りかざしたり、あるべき論を展開しない。
- ⑤ 早合点しない。
- ⑥ 相談者を理解しようと努力する。
- ⑦ 所属機関の機能の限界を認識する。

(3) 既存の精神保健福祉サービスを補完する

相談者が持ち合わせていない、疾患、障害福祉サービス、社会保障制度に関する情報を提供する。

4) アセスメント

(1) 基本情報の収集

- ① 年齢（生年月日）・性別
- ② 家族構成（家族負因の有無）
- ③ 職業
- ④ 既往症（精神疾患・身体疾患）
- ⑤ 現病歴
 - i) 精神症状発現時期
 - ii) ストレス要因の同定
 - iii) 現在の治療状況（疾患名・処方）
- ⑥ 現在の症状（起こったエピソード）と併せて自傷他害の可能性
- ⑦ 本人が今何をしているのかを確認する
- ⑧ 現実検討能力ないし判断能力
- ⑨ 違法薬物使用歴の有無
- ⑩ バイタルサインと身体状況
- ⑪ 食事量を確認する
- ⑫ 睡眠障害について確認する
- ⑬ 保清について確認する
- ⑭ 飲酒の有無
- ⑮ 精神科治療に対する本人の同意の有無
- ⑯ 精神科治療に対する家族（後見人）等の考え
- ⑰ 経済状況（医療費の支払いが困難であることから、受入れ医療機関を選定することが困難となる場合がある。医師法の規定*に鑑みれば、医療費の支払いが困難であることを理由に、受入れを拒むことはできない。しかし、このような事例については、現実として受入れ医療機関は限定される）
- ⑱ 健康保険加入状況
- ⑲ 安全に搬送することができるかを確認する
- ⑳ 受診に同伴する家族等

(2) 初発事例

初発事例にあっては、時に混乱状況下にある相談者や本人から、鑑別に資する情報を収集することが求められる。

さらに初発事例においては、本人や相談者の精神科治療に対する不安等の

* 医師法第19条第1項：診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

軽減にも十分配慮すべきである。治療の必要性について十分説明し、本人の任意に基づく精神科受診を目指す。この対応こそが、今後の精神科医療への信頼や受療行動に大きな影響を与える。

- ① 発育状況
- ② 対人関係特性
- ③ 教育歴（成績）および学校生活への適応状況
- ④ 職業歴および社会適応状況
- ⑤ 前駆症状の発現時期の同定
- ⑥ これまでの対応状況（相談歴）

（３）急性発症事例

明確な前駆症状が確認できない事例については、器質性疾患等を除外するため慎重なトリアージが求められる。トリアージで器質性疾患の存在が否定できない場合には、器質性疾患の検索を優先する。

- ① 感冒様エピソードの前駆
- ② バイタルサインの異常（37.5℃以上の発熱，90％以下の SpO₂ 低下など）
- ③ 明確な身体所見（著明なうい瘦，疼痛，麻痺，失行等）

また、急性発症事例については違法薬物の使用の有無についても確認が必要である。

（４）再発・医療中断事例

- ① 再発事例においては、「再発」に至ってしまった要因を把握する
- ② 医療中断事例においては、「医療中断」となった要因を把握する
- ③ 家族等の疾病理解度や支援力を評価する

（５）高齢者事例

高齢者事例において精神科救急医療の主な対象となるのは、

- ① 認知症における周辺症状（behavioral and psychological symptoms of dementia；BPSD）：認知症に伴う，幻覚妄想，攻撃的言動により事例化することが多い
- ② Lewy 小体型認知症（dementia with Lewy bodies；DLB）：認知症の存在（早期には目立たないことがある）に加え，認知の変動（日中は問題ないのに，夜になると家族がわからなくなる），幻視，転倒を繰り返すなどが典型例である
- ③ 気分障害

である。高齢者事例においては身体合併症を有することが多く，身体科治療の必要性についての確認が必要である。

また，高齢者施設に入所中の場合には，所期治療終了後の再入所の可否に

ついて確認が必要である。

なお、わが国において高齢者の認知機能をスクリーニングする場合、HDS-R^{*1}とMMSE^{*2}が最もよく用いられている検査法である。

(6) 児童・思春期事例

児童・思春期事例において、緊急受診を依頼してくるのは保護者や教師等の大人からであることから、子どもの訴えを的確に把握するよう努めるべきである。

しかし、子どもは自らの内面の感情や考えを言語化する能力が大人に比べ乏しいため、行動面や身体面の症状として表す傾向があることに留意する必要がある。また、思春期は大人や権威といったことに対する反発心を抱きやすい点にも留意すべきである。

児童・思春期の精神科救急事例としては、

- ① 統合失調症の発症による錯乱や精神運動興奮
- ② 躁状態（双極性障害）による精神運動興奮
- ③ 物質乱用による急性中毒症状・離脱症状
- ④ 各種のパニック（特に広汎性発達障害などの発達障害を背景にもつもの）
- ⑤ 危険な行動（示威的な行動や解離性の行動を含む）
- ⑥ 深刻な希死念慮の訴え
- ⑦ 自傷行為や自殺企図の救命後

があげられる。さらに、

- ⑧ 深刻な触法行為や犯罪をなした子ども
- ⑨ 深刻な家庭内暴力や校内（対教師・対生徒）暴力をなした子ども

については、背景に精神病性の症状や急性薬物中毒による意識混濁などが認められることがあることから、精神医学的アセスメントが必要となる場合がある。

- ⑩ 深刻な事件・事故の被害にあった子ども（死別の体験を含む）
- ⑪ 深刻な事件・事故に遭遇した、目撃した子ども

については、深刻な心の傷を負っていることが多いため、精神科救急医療の介入が必要となる場合がある。

- ⑫ 虐待を受けている子ども

については、身体的な救急医療が必要な被虐待児には精神科救急医療の介入

*1 改訂長谷川式簡易知能評価スケール：30点満点で20点以下を認知機能障害ありとした場合に、最も高い弁別性を示す。なお、得点による重症度分類は行われていないので注意を要する。

*2 mini-mental state examination：30点満点で24点以上を正常、23点以下で認知機能低下が疑われ、20点未満で中等度の認知低下、10点未満では高度の知能低下と判定される。

が必要と考えるべきであろう。

児童・思春期事例のトリアージにおいては、

- ① 乳幼児健診で問題を指摘されたことはあるか（健診で指摘されるような発達の遅れの有無の確認）
- ② 幼少期はどのような子であったか（気質や性格傾向）
- ③ こだわりや多動はあったか（大まかな発達の偏りの有無）
- ④ 学校生活は問題なかったか（不登校や集団適応不良を来すような対人交流や社会性の障害、学業不振などの有無）

を確認する。併せて、

- ⑤ 家庭環境について確認する。
- ⑥ 親権者を確認する。
- ⑦ 保護者それぞれの意向を確認する。
- ⑧ 学校や児童相談所などの福祉機関などが関与している場合には支援方針等を確認する。

（７）身体合併症事例

トリアージにおいて身体合併症の有無を確認することは必須である。必要に応じて医師のコンサルテーションを求めるべきである。

精神科救急医療施設の多くが精神科単科医療施設であることから、身体合併症の存在が確認された場合は、精神疾患の重症度と身体的重症度を検討し医療機関を選定することとなる。医療機関の選定にあたっては、以下に示す松岡らの「精神・身体合併症：実践的トリアージ（試案）」が参考となる。

- ① 精神疾患の重症度が非自発入院治療レベルで、かつ身体的重症度が二・五～三次救急レベル
→身体科救急へ

- ② 精神疾患の重症度が非自発入院治療レベルで、かつ身体的重症度が一～二次救急レベル

精神科医で対応可能な場合→精神科病院へ→後日、転院等を検討

身体科医の対応が必要な場合→身体科治療後に精神科病院（縦列モデル） or 総合病院（並列モデル）

- ③ 精神疾患の重症度が非自発入院治療レベルで、かつ身体的重症度が非救急レベル

精神症状が落ち着くまで待てる→精神科病院→後日、転院等を検討

精神症状が落ち着くまで待てない→総合病院（並列モデル）

- ④ 精神疾患の重症度が非自発入院治療レベルで、かつ身体鑑別が必要
身体疾患の可能性が低い→精神科病院→後日、転院等を検討
身体疾患の可能性が高い→総合病院（並列モデル）

- ⑤ 精神疾患の重症度が非自発入院治療レベルで、身体既往症が判明
→精神科病院 or 総合病院（並列モデル）

（8）物質依存事例

- ① 物質使用による急性中毒
意識レベルにより対応を検討する。昏睡状態（Japan Coma Scale〔JCS〕意識レベルⅢ）であれば救命処置を優先する。
- ② せん妄を伴うアルコール離脱状態については、速やかに医療機関調整を行う。
- ③ 違法物質使用による精神病性障害
違法物質使用事例について警察官が関与している場合には、精神病性障害の改善といった所期治療終了後の司法対応について確認する。
違法薬物の使用が疑われ警察官が関与している場合には、入院後の尿中物質検査や証拠保全手続きについて確認する。
- ④ 依存対象物質の使用に関連した社会的問題（暴力・威嚇・無銭飲食等）を精神科医療における直接の治療対象とすべきではない。

（9）希死念慮を訴える事例

希死念慮が認められる事例については、自殺の切迫度をアセスメントする。
自殺リスク項目を以下に列挙する。

- ① 精神疾患の有無。統合失調症、うつ病、物質依存、摂食障害は自殺リスクが高い。
- ② 身体疾患の有無。進行性疾患、難治性疾患、終末期の身体疾患は自殺リスクが高い。
- ③ 自傷・自殺企図歴の有無。致死的企図歴、1カ月以内に頻回な企図、自傷のエスカレートが認められた場合は自殺リスクが高い。
- ④ 自殺の手段を考えているかを確認する。致死的手段を考えている場合には自殺リスクが高い。
- ⑤ 自殺の準備をしているかを確認する。致死的手段を準備していたり、遺書等を用意している場合には自殺リスクが高い。
- ⑥ 飲酒・薬物乱用。酩酊や過量服薬している場合には自殺リスクが高い。
- ⑦ 他者を巻き込むことを考えている場合には、自殺リスクが高い。
- ⑧ 家族・知人等がいない、または非協力的な場合には自殺リスクが高い。
- ⑨ 支援を求めている、もしくは支援を求めても得られない場合には自殺リスクが高い。
- ⑩ 経済状況について、困窮・借金・失業している場合には自殺リスクが高い。
- ⑪ 自死遺族の場合、自殺リスクが高い。

- ⑫ 精神科病院退院後 1 カ月以内の場合、自殺リスクが高い。
- ⑬ 自殺に関する発言。「即実行する」と訴えている場合には自殺リスクが高い。
- ⑭ 自殺意思の修正が不可能な場合、自殺リスクが高い。

自殺リスクのアセスメントについては、Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG) を参照されたい（資料、p42 ～ 49）。

自殺が切迫していると判断される場合には、相談者の了解が得られなくても警察等に通報し、安全を確保すべきとされている。

「致死的な手段を具体的に考え、準備しており」「即時の自殺企図を明言して」「電話でのやり取りによっても自殺意思の修正が利かない」事例、もしくは「致死的な手段を具体的に考え、準備しており」かつ「酩酊・過量服薬している」事例については自殺が切迫していると判断し、相談者の個人情報聴取した上で警察等に通報すべきである。

(10) 過量服薬事例

過量服薬事例については、医師のコンサルテーションを求めるべきである。身体科医療機関での処置が終了した事例について、精神科医療機関の調整を依頼された場合についても、医師のコンサルテーションを求めるべきである。

2. 精神科救急事例への対応

1) 治療の連続性およびリスク軽減に努める

医療機関の選定にあたっては、治療の連続性およびリスク軽減に配慮し、第一に通院先医療機関に、第二に受診歴のある医療機関に受入れを依頼する。しかし、マクロ救急医療体制においては必ずしもそのような医療機関選定はできない。そこで可能な限り治療歴のある医療機関から治療状況を聴取するよう努力する。身体疾患の治療状況について同様であることは言うまでもない。

なお、医療機関に治療状況を照会した際に、個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）を根拠に当該患者情報の提供を拒否される場合がある。しかし「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき」（同法第 23 条第 1 項の 2）は情報提供制限の除外とされている旨を説明し協力を得よう努める。

2) 家族の意向を確認する

医療保護入院が想定される事例について医療機関の調整を行うにあたっては、可能な限り複数名の扶養義務者から入院治療に対する意向を確認するこ

とが望ましい。

3) 搬送に関して

非自発的受診が要すると想定される事例では、精神科医療機関まで安全に搬送できるのかを見立てる必要がある。

3. 非精神科救急事例への対応

トリアージの結果、非精神科救急事例と判断した事例については、対応方法の助言や情報を提供するなどし、相談者の不安を軽減させるとともに緊急性を回避する。なお、単にその場の問題解決を支援することにとどまらず、相談者の問題対処能力を高めるように対応することが求められる。この対応こそが、精神科救急事例を減らすことにつながる。

非精神科救急事例においては精神科医療への依存が極めて高い事例、すなわち「医療で対処すべきでない問題」までも精神科医療にその解決を求める事例が散見される。必要以上に精神科医療への依存度が高いことが、結果として地域生活を困難なものとしているのかもしれない。このような事例を生み出している背景として、相談員が「医療で対処すべきでない問題」についても、相談者に対して安易に「主治医に相談するよう」助言するなど、相談員自身もつ精神科医療への高い依存性があるのかもしれない。

4. 頻回相談事例への対応（頻回相談事例化を防ぐ）

精神障害者の地域生活支援のキーワードになり得る概念として、「ネガティブ・ケイパビリティ（negative capability）」を提唱したい。ネガティブ・ケイパビリティとは「不確実なものや未解決なものを受容する力」を意味する。また「不確実な状況の中で、わずかな希望をみつけるとともに、その希望をたぐり寄せ掴む力」をも意味する。ネガティブ・ケイパビリティを高めることは、精神障害者の地域生活支援における課題として重視されるべき点であろう。

●資料

埼玉県精神科救急情報センター

自殺予告事例対応ガイドライン (SSIG ※)

※ SSIG : Saitama Suicide Intervention Guideline

I 切迫した自殺予告事例への対応について

精神科救急情報センター（以下、情報センターと略）の精神科救急電話においては、「これから死にます」等自殺を予告する事例が散見される。このような事例については、自殺予告事例の切迫度を的確に判断する必要があることから、『自殺リスクアセスメントシート』（以下、シート）を用いて見立てをし、切迫した自殺予告事例については、情報センターから警察等へ躊躇することなく通報すべきである。

なお、切迫した自殺予告事例については、自殺防止の観点から『精神科救急電話対応ガイドライン』の「短時間（概ね 10 分以内）に結論を出す」という留意事項にとらわれることなく対応すること。

II 自殺リスクアセスメントシートについて

① 使用目的

このシートは、警察等に通報する必要がある、自殺が切迫した事例を抽出するためのアセスメントツールである。

② 対象

「本人」からの相談事例で、かつ「希死念慮を訴える」事例すべてにシートを使用する。

③ リスク評価・判断

リスクの判断に迷った場合には、リスクの高い方を選択する。また、リスクが低いと判断されれば、アセスメントシートの質問項目をすべて確認する必要はない。

④ 保管

シートは記入後、『電話受付・連絡票』にホッチキス留めし保管する。

III 自殺リスクアセスメントシートの記入について

【1 精神疾患】

精神疾患の内、統合失調症、うつ病、薬物依存、アルコール依存、摂食障害については、自殺リスクが「高い」にチェックする。

それら以外の精神疾患の治療歴がある場合については「あり」にチェックする。

治療状況（病名、退院直後等）については、記入欄の【16 精神科治療歴】に記載する。

【2 身体疾患】

進行性疾患、難治性疾患、終末期の重篤な身体疾患の有無について確認し、病名が判明している場合は（ ）内に記載する。

癌や難病等の疾患は、人生の価値観の急激な変化を求められたり、将来の希望が持たなくなるなど、「人生を終わらせてしまいたい」という感情を引き起こすことがあり、自殺リスクを高める因子となる。

【3 自傷・自殺企図歴】

過去の自傷・自殺企図歴について聴取し、自殺企図手段が生命的危険性の高い場合（縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等）の場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

また、ここ1ヵ月間に頻回な自殺企図歴があった場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

さらに、ここ1ヵ月間に自傷行為がエスカレートしていった場合や、自傷行為によっても苦痛が軽減できにくくなっている場合は、自殺リスクが「高い」にチェックする。過去の自傷や企図手段、その実行時期等については、【17 備考】に記載する。

【4 自殺の手段】

企図手段を考えているか否かについて聴取し、生命的危険性の高い企図手段（縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等）を考えている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックし、その手段を（ ）内に記載する。

【5 自殺の準備】

「縊首するためにロープ等を準備している」、「身辺整理や遺書をしたためている」等について確認する。自殺するための具体的なかつ致死的な準備をしている、または遺書や身辺整理をしている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。詳細については【17 備考】に記載する。

【6 飲酒・薬物乱用】

本人がアルコール摂取による酩酊状態、もしくは向精神薬等の過量服薬をしていないか確認する。当てはまる場合は自殺リスクが「高い」にチェックをする。上記状態は衝動的な自己破壊行動のリスクが高くなる。

【7 他者を巻き込む可能性】

本人が無理心中を考えていたり、硫化水素・投身等、他者を巻き込む可能性

の高い企図手段を計画している場合には、危険を回避するためにも通報等の対応を検討するべきである。

【8 家族・知人等】

本人の側に見守りが可能な家族・知人等がいるのか確認する。家族・知人等が側にいない場合や、側にいても非協力的な場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【9 支援】

本人が支援を求めている場合や、支援を求めているにもかかわらず得られていない場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。本人に援助希求能力がない場合には自殺リスクをより高めるといった知見もあり、注意を要する。

【10 経済状況】

返済不能な借金（客観的には返済可能と考える借金の額でも、本人はそう捉えていない場合もある）や、失業等の理由により所持金がほとんど無いなど経済状況が困窮している場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

特にライフライン（ガス・電気・水道）の供給が止められている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【11 家族・身近な人の死】

家族や身近な人に関する喪失体験の有無について確認し、本人が自死遺族の場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【12 自殺に関する発言】

自殺に関する本人の発言をそのまま記入。

「今すぐ（数時間以内に）死にます」等、自殺を即実行しようとする発言があった場合は、記載の上「即実行する」にチェックをする。

また、「人生をやめたい」「死んで詫げる」「死ぬしかない」「自分は役に立たない」「自殺以外に選択肢はない」「今の問題を解決するには自殺しか考えられない」「とにかく楽になりたい」等の発言があった場合にも、自殺リスクが「高い」と考える。疎通がとれない（なげやり、一歩引いた感じ、面倒な感じ）場合も注意が必要である。

【13 自殺意志の修正】

電話対応によって本人の自殺意志の修正が不可能な場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。また、こちらの説得に対し、いとも簡単に「わかりました」等、表面的な修正にとどまる場合にも注意が必要であり、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【14 自殺したい理由】

「あなたのつらさを知りたいので、自殺したい理由を教えてください」等、自殺したい理由を確認し記載する。

「リストラされた」「借金が返せない」「家族関係の悪化」といった現在の環境因の他、「自殺した家族の命日だから」「DVを受けている（いた）」「虐待を受けている（いた）」といった過去のエピソードについても注目すること。

【15 本人の様子】

本人の様子（淡々と話す、沈黙が長い、ため息が多い、泣いている、頑な、投げやり、悲観的、挑戦的、拒絶的等）について記載する。

※飲酒しているケースについて

自殺既遂者の3割、自殺未遂者の4割は飲酒した上で行為に及んでいるとの知見がある。たとえ飲酒していても、疎通が保てている場合には対象事例とみなし対応をすること。

【16 精神科治療歴】

精神科治療歴がある場合には治療状況について記載する。なお、退院から1ヵ月以内の場合には自殺リスクを高めるとの知見があるので確認すること。

【17 備考】

その他、特記事項を記入する。

【判断理由・対応】【帰結】

対応の判断に至った経緯・理由を記載する。

対応の転帰について記載する。

時系列に沿った対応記録などの詳細については、『電話受付連絡票』に記載すること。

記載例1) 縊首による自殺企図歴あり。現在、梁にロープを吊し縊首を実行しようとしている。本人、淡々と話し自殺意志の修正は不可能。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→単身。本人の状況から、自殺の実行性も高いため、本人の個人情報を聴取しA警察署へ通報した。

(帰結)

→本人宅へA警察臨場。警察官からの連絡があり輪番医療機関調整となる。受診した結果、医療保護入院となった。

記載例2) 「死にたい」と泣きながら話す。しかし、具体的な準備等はなく、

「誰も話す友達がなくて寂しい」等、相談先を求めている。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→本人の様子から、切迫度は低いと判断。本人の話を傾聴し、通院先への相談を促した。

(帰結)

→通院先への相談を促した。

記載例3)「今すぐ受診したい」と訴えるも緊急性が高いと判断できなかったことから、他の対応策を提案したところ、「病院を紹介しないなら、これから電車で飛び込んで自殺する」と訴える。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→精神科救急事例ではなく、相談担当者を操作しようとしての発言と判断。病院の紹介はできないことを伝え、必要があれば自ら110番通報するように促した。

(帰結)

→通院先への相談を促した。

Ⅳ 判 断

【5 自殺の準備】が「準備している」

【12 自殺に関する発言】「今から死にます」等の自殺を即実行しようとする発言

【13 自殺意志の修正】が「不可能」

の3項目がいずれもリスクが高い場合、
もしくは、

【5 自殺の準備】が「準備している」

【6 飲酒・薬物乱用】が「酩酊・過量服薬」

の2項目がいずれもリスクが高い場合には「自殺が切迫している」と判断する。

※ただし上記3項目がいずれもリスクが高いとチェックされても、記載例3のように状況を加味すること。また、通報の有無にかかわらず、判断理由をシートの【判断理由・対応】欄に記載すること。

切迫事例か否か、判断に迷った場合には、最悪の事態を想定して判断すること。

それでも判断に迷った場合には、精神科救急情報担当グループリーダーに助言を求めること。

V 自殺が切迫していると判断した事例への対応

自殺が切迫していると判断した事例については【8 家族・知人等】によって、自殺企図を制止できる可能性があるか否かによって情報センターの対応が異なる。

(1) 「家族・知人等が誰もいない・非協力」等自殺企図を制止できない場合

自殺を防止するため警察等に通報し協力を求める。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助きたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 個人情報（氏名・住所・電話番号・家族の連絡先）を聴取する。
「あなたを助けたいので、お名前、住所、電話番号、家族の連絡先を教えてください」と伝える。本人を警戒させる可能性があるため、一気に聞き出そうとせず、本人のペースに合わせて聴取する。
- ③ 「あなたを助けるために、情報センターから警察署（消防署）に連絡します」と伝える。本人から承諾が得られない場合でも、躊躇せず通報すること。
- ④ 本人と対応している職員以外の者が、本人の住所地を管轄する警察署等に通報し（なお生命的危険性の高い企図手段を実行している場合には救急隊の臨場を要請するため119番通報する）、相談者の個人情報、自殺予告の内容、及び個人情報提供の承諾の有無を伝える。また、事前に把握していた情報（保健所からの事例情報や情報センターの過去の相談履歴等）を通報時に提供をする際は、情報の扱いについて配慮頂くよう付け加えること。
- ⑤ 警察官（救急隊）が到着するまで、出来る限り通話し続けるよう努力する。

県外からの入電について

埼玉県外から入電し、通報が必要と判断される事例については県民と同様の対応をとること。

本人の個人情報が聴取できなかった場合について

- 1) ナンバーディスプレイされた市外局番により本人の住所市町村名が判明した場合には、当該住所地を管轄する警察署等に通報する。
- 2) 非通知や携帯電話からの入電の場合で、本人から個人情報が聴取できない場合には、警察署に通報したとしても事実上、対応は困難である。

(2) 「家族・知人等」等によって自殺企図を制止できる可能性がある場合

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時

間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。

- ② 家族等が本人と同居しており在宅している場合には、「あなたを助けたいので、同居されているご家族（友人）に電話を代わってください」と伝える。
- ③ 家族等が数分で本人宅に駆けつけられる場合には、「あなたを助けたいので、ご家族の連絡先を教えてください。情報センターからご家族に連絡させていただきます」と伝える。
- ④ 家族が到着するまで、出来る限り通話し続けるよう努力する。
- ⑤ 家族から本人への関わりを拒否された場合は、「家族は直ぐに到着できない」ことを伝え、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

本人の交際相手や知人等への連絡について

「(家族以外の) 誰々にしか連絡して欲しくない」「誰々に連絡して欲しい」等、特定者への連絡を希望されることも考えられるが、原則、本人の交際相手や知人等扶養義務のない者へは、情報センターから連絡は行わない。このような場合、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

Ⅵ 切迫していないと判断した事例への対応

切迫していないと判断した事例については、従前どおり対応する。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、電話対応者の気持ちを伝える。
- ② 可能な限り「自殺はしない」という約束を取り付けるよう努力し、当面の自殺企図を回避する。
- ③ 必要に応じて、医療機関や相談機関等をアナウンス若しくは紹介する。

通報を要するほどではないが、相談内容から、医療機関や相談機関につなげていく必要があると判断した事例については、情報センター職員から当該機関に申し送ることも検討すべきである（本人から情報提供の承諾を得られた場合）。

**【監修 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター 副センター長 松本 俊彦先生】**

自殺リスクアセスメントシート (SSIS※)

平成 年 月 日 ()

No.

リスク	低	中	高
1 精神疾患		☐ あり	☐ 統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害
2 身体疾患	☐ なし	☐ あり ()	
3 自傷・自殺企図歴		☐ あり	☐ 致死性 ☐ 1ヵ月以内(企図頻回・自傷エスカレート)
4 自殺の手段	☐ 考えていない	☐ 考えている	☐ 致死性手段 ()
5 自殺の準備	☐ 準備していない		☐ 準備している (致死性手段・遺書等)
6 飲酒・薬物乱用			☐ 酩酊・過量服薬
7 他者を巻き込む可能性			☐ あり
8 家族・知人等	☐ 側にいる	☐ 側にいない	☐ 誰もいない・非協力
9 支援	☐ 求めている		☐ 求めていない・得られない
10 経済状況			☐ 困窮・借金・失業
11 家族・身近な人の死	☐ なし	☐ あり	☐ 自死遺族
12	自殺に関する発言		☐ 即実行する
13	自殺意志の修正		☐ 可能 ☐ 不可能
14	【自殺したい理由】		
15	【本人の様子】		
16	【精神科治療歴】 ☐ あり病名 () ☐ 退院1ヵ月以内 ☐ なし		
17	【備考】		
判断	☐ 切迫 個人情報提供 承諾 ☐ あり ☐ なし	☐ 警察に通報する ☐ 救急要請する ☐ 家族に連絡する ☐ その他 () ☐ 対応できず	【判断理由・対応】
	☐ その他	☐ 警察をアナウンスする ☐ 消防をアナウンスする ☐ 医療機関を紹介する ☐ 関係機関を紹介する ☐ 関係機関をアナウンスする ☐ 医療機関を紹介できず ☐ その他 () ☐ 電話対応のみ	
【帰結】			

※SSIS : Saitama Suicide Intervention Scale

自殺が切迫していると判断した時は…

「死んで欲しくない」

「一緒に考える時間が欲しい」

「専門の相談機関にあなたをつながたい」

「専門家としてあなたを助けたい」

と伝えましょう。

参考文献

- 1) 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成 22～24 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」分担研究報告書（研究代表者：安西信雄），pp39-62，2012
- 2) 埼玉県立精神保健福祉センター：精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの実施体制に関する調査。厚生労働省平成 24 年度障害者総合福祉推進事業，2013
- 3) 西村由紀：受診前相談の基本—相談から精神科救急トリアージまで。第 50 回日本精神保健福祉士協会全国大会教育研修講座 1「受診前相談—精神科プレホスピタルケア」，2014
- 4) 北村 立：認知症・高齢者。精神科救急医療の現在—専門医のための精神科臨床リュミエール 13（平田豊明，分島 徹編）。中山書店，東京，pp235-42，2010
- 5) 塚本千秋，大重耕三：児童・思春期。精神科救急医療の現在—専門医のための精神科臨床リュミエール 13（平田豊明，分島 徹編）中山書店。東京，pp221-34，2010
- 6) 宮崎健祐：児童思春期症例。臨床精神医学 43：717-22，2014
- 7) 松岡孝裕，平田吾一，山下博栄，他：「スーパー救急型」総合病院有床精神科における措置入院，身体合併症，自殺企図事例への対応—その実情と課題について。臨床精神医学 43：589-96，2014
- 8) 杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究。平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「小児医療，産科・周産期医療，精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究」平成 22 年度総括・分担研究報告書（研究代表者：宮坂勝之）。2011
- 9) 小沼杏坪：物質依存。精神科救急医療の現在：専門医のための精神科臨床リュミエール 13（平田豊明，分島 徹編）。中山書店，東京，pp243-56，2010
- 10) 桑原 寛，河西千秋，川野 健治，他：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—自殺未遂者，自傷を繰り返す人，自殺を考えている人に対する支援とケア。平成 20 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）「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」総括・分担研究報告書。2009
- 11) 関口隆一，塚本哲司，深井美里，他：精神科救急医療電話相談における自殺企図切迫例への対応—Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG) を用いての試み。埼玉県医学会誌 16：291-6，2011
- 12) 塚本哲司：地域生活支援における危機介入—精神科救急情報センターの取り組みから。臨床精神医学 43：781-7，2014