

第 5 章

自殺未遂者対応

- I. 自殺予防と自殺未遂者対応
- II. 自殺未遂者ケアの体制
- III. 自殺未遂者対応フロー
- IV. 自殺未遂者ケアの実践項目

自殺未遂者対応

はじめに

わが国の自殺者数は、1998（平成 10）年に急増して 3 万人を超えたまま高止まりとなり、深刻な状況にあった。2007（平成 19）年 6 月に閣議決定された自殺総合対策大綱の当面の重点施策には「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」という項目があげられ、「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」ことが明示された。本章の初版は、以上の経緯を踏まえ、2009（平成 21）年 12 月 9 日の『精神科救急医療ガイドライン』改訂の機に新たな項目として分冊発行されたものである。幸いにも、その後、自殺者数は減少に転じ、2012（平成 24）年以降は 3 万人を下回るようになった。しかしながら、現在でも、年間 2 万 5 千人近い自殺者が発生しており、いまだにわが国の自殺率は世界でも最悪水準であり、また日本人の死因として、自殺が 10 代から 30 代では第 1 位、40 代では第 2 位、そして 50 代では第 3 位を占めるなど、わが国の自殺問題が深刻な状況であることに変わりはない。

本ガイドラインの初版は、厚生労働省「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」の審議をもとに作成されている。当時、精神科救急医療従事者向けに日本精神科救急学会が、一般救急医療従事者向けに日本臨床救急医学会が、そして精神保健・福祉相談従事者・自治体の生活相談対応従事者向けに全国精神保健福祉センター所長会がそれぞれガイドラインを作成し、3 つの指針はほぼ同時に発行されたためにこの 3 領域で推奨される対策内容は共通しており、領域間での共通認識が得られやすく、また実際の現場対応において、領域を越えて連携が円滑となるように互いに工夫がなされている。

2012 年 8 月に見直された自殺対策大綱では、本ガイドラインの位置づけは 9 つの重点施策の 1 つ「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」の中にある「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」への寄与にあたる。このため学会は、作成された本ガイドラインを活用した「自殺未遂者ケア研修」を 2009 年から厚生労働省主催のもと毎年開催してきた。これらの活動

が前述の自殺者数の減少にどれほど貢献したのかを示すことは難しいが、毎年多数の参加者を得て、一定の評価を得ている。

本ガイドラインのより具体的な意義は、従来タブー視されがちな自殺問題にあって、もとより自殺未遂者医療はデリケートな領域であり、誰もが困難感をもっていた自殺未遂者への対応について、科学的根拠を援用しながらこれを標準化した点、そして対応者側が明確な目的をもってアクションを行うことによって、リスクを減少させるための手順を明確にしている点である。当然ながら、これらは再企図を完全に防ぐことができるという結果を保証するものではないが、適切な臨床プロセスを実施することの意義は大きいと考えられる。

このたび、ここ約5年間の学術的動向、社会学的動向、社会情勢の変化、人々の意識の変化、本学会が行ってきた自殺対策から得た知見・反省点などを踏まえて本ガイドラインを改訂した。自殺関連行動を引き起こす要因は複合的であるが、精神疾患が関与していることは明らかであり、精神医療が緊急介入的な役割を果たす場面も多々存在するであろう。今回の改訂では、よりわかりやすく、より実効的に、そしてより確実に、を求めて作業を重ねたところであるが、引き続き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、自殺未遂者や自殺ハイリスク者を診療する際に活用していただきたい。

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み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踏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には限界がある。非自発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」と「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」こととの両立が課題となり、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。

本指針では、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さまざまな評価・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、必ずしも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。実際の臨床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。

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。

[基本編]

I. 自殺予防と自殺未遂者対応

1. ガイドラインの対象（自殺関連行動の定義）

本ガイドラインは、自殺未遂者への対応を示す。自殺未遂とは、自殺を意図して、あるいはその行為が致死的であると理解した上で自損行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態を表す。一方、結果的に死に至った場合を自殺既遂という。

自殺関連行動を表す語として、自損、自殺未遂、自殺企図、自傷、自殺念慮、希死念慮などさまざまなものがある。これらの語についてその定義や相違は必ずしも完全には確立されていないが、自損行為とは自身を損壊するあらゆる行為を指し、自殺企図は上述の自殺既遂と自殺未遂を指し、それ以外の行為を自傷とすることが多い。しかし、その場合でも、「自殺の意図のない故意の自傷」と詳しく定義をして使用することもある。他に、自分自身の死を強くイメージすることや死を願望することを希死念慮といい、自殺をしてしまいたいと考えることを自殺念慮という。

表5-1 自殺の危険因子

【表出】	絶望感，無力感，自殺（希死）念慮
【出来事】	離別・死別・喪失，親族の自殺，経済的破綻，災害・虐待・犯罪などによる外傷体験
【健康面】	精神疾患，慢性・進行性の疾患，疼痛，病苦，セルフ・ケアの欠如
【既往】	自殺未遂，自傷行為
【環境】	自殺手段が身近にある，自殺を促す情報への曝露，孤立，支援者の不在

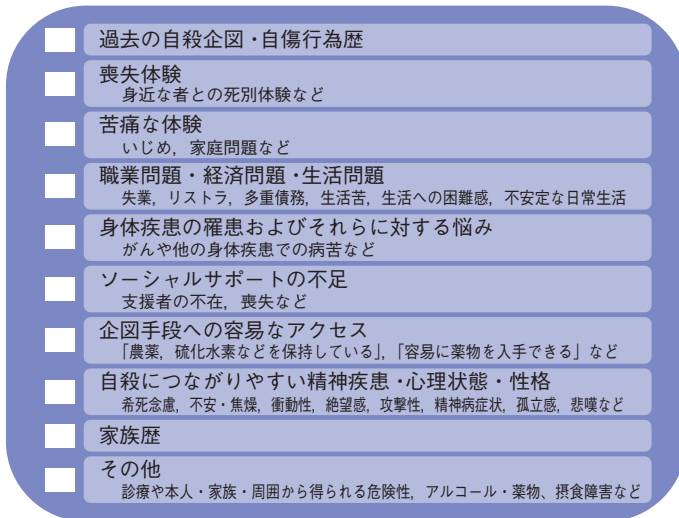


図5-1 主要な危険因子の評価

2. 自殺の危険因子（表5-1，図5-1）

上記の自殺関連行動は，すべて自殺の危険因子である。この中でも，自殺未遂の既往は，最も明確な危険因子であることが，おびただしい調査・研究により繰り返し明らかにされている。

3. 自殺未遂者への対応で留意しておくべきこと

自殺未遂者への対応で留意しておくべきこととして，以下の4点がある。

- 1) 自殺未遂者の大半は精神疾患に罹患している。
- 2) その大半が，自殺企図に至った直接・間接動機として生活上の問題を抱えている。
- 3) その企図に至る過程で，無力感や絶望感，孤立無援感に支配されている。

表5-2 自殺予防の一次予防、二次予防、三次予防と、疾病予防概念との比較

疾病の予防			自殺の予防
一次予防	未然に防ぐ	⇒	未然に防ぐ ：住民への啓発 ：社会各領域への啓発 ：専門職への教育
二次予防	治療	⇒	介入（治療を含む） ：ハイリスク者のスクリーニング ハイリスク群への危機介入 （未遂者への介入）
三次予防	リハビリ 再発予防	⇒	事後対応 ：心理学的剖検 ：遺された人のケア

4）自殺企図に至る過程で発症・再発した合併精神疾患に加えて、企図直後には通過症候群や浄化作用（カタルシス）などの多様な精神状態を認める。

4. 自殺の一～三次予防

自殺予防対策の基本概念として、自殺の一次予防、二次予防、三次予防という枠組みがある（表5-2）。

一次予防、二次予防については、疾病予防概念と違いはない。一次予防は、自殺行動とその背景にある危険因子、そして自殺予防に関する理解を促進するための教育、普及・啓発がこれに含まれる。また、自殺予防対策を実践するための体制やネットワークづくり、自殺が生じやすい建物の危険個所の改修などもこれに含まれる。二次予防は、自殺の危険因子を有する個人への介入、治療を含む。

三次予防については、疾病予防と大きく異なる。心理学的剖検とは、自殺が生じた状況の詳細な調査のことで、これまでに同研究により自殺の危険因子や合併精神疾患の詳細などが明らかにされ、これらの知見が自殺予防対策の進展に大きく寄与するところとなっている。また、三次予防のもう1つの重要な柱は、自殺で大切な家族や友人・同僚・知人、あるいはクライアントを失った人のケアである。

Ⅱ. 自殺未遂者ケアの体制

1. 自殺未遂者ケアの全体像

自殺未遂者は、その後の自殺の危険性が高いので、精神科救急医療機関を

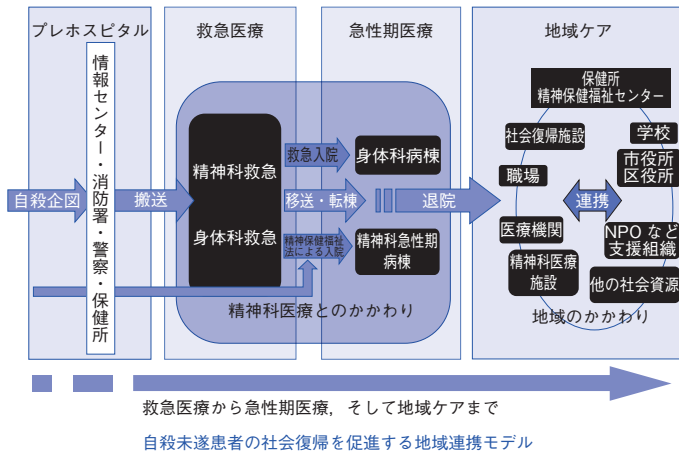


図5-2 自殺未遂者ケアの体制

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。その他にも自殺未遂者の不良な転帰として受療中断、精神医療未受療、重症化、後遺障害、不良な社会適応、問題未解決、そして社会的偏見などがあげられる。以上から、自殺未遂者ケアとして、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。図5-2にその概念図を示した。

1) プレホスピタル・ケア

プレホスピタル・ケア（病院前救護）は重篤な状態にある患者を受診前に対応することを指す。精神科プレホスピタル・ケアでは、自殺未遂者が精神科救急を受診する上で受診前の相談や救急搬送などのプロセスをたどる。従事者としては、救急搬送にかかわる救急隊員、警察、措置診察や移送等にかかわる保健所、受診勧奨する市町村等の精神保健担当課、受診前の電話相談にかかわる前述の機関のほか、精神科救急情報センター職員、精神科医療相談窓口、医療機関窓口がここに含まれる。自殺未遂者の対応にあたっては心理状態を踏まえた対応も求められる。また、患者の状態を把握して身体面や精神面双方を勘案したトリアージ、搬送先・受診先との連絡調整、家族等周囲の者のサポートに至るまで幅広い次元での対応が求められる。

2) 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。このような連携体制としては、①並列モデル（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、コンサルテーションやリエゾンによる診療体制をもつ総合病院精神科等）、②縦列モデル（単科精神科病院と近隣身体科医療施設の連携等）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。

3）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疾患に対応する。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。

2. 精神科救急医療に求められるタスク

1）自殺未遂者ケアの方法

自殺には、表5-1で示したさまざま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5-3に自殺未遂者のケアの方法を示した。青地に白抜きで示した「自殺未遂者ケアの実践項目」についてIV節でさらに解説を行う。救急医療の従事者の役割は、個々の未遂者にかか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にほぼ集約される。

3. 基本姿勢

1）支援やケアを行う上で必要な態度

自殺未遂者はさまざまな状態像を示す。抑うつ状態や不安・焦燥、あるいは幻覚・妄想状態までさまざまである。精神科救急では、自殺企図直後がその患者との初めての出会いとなることもまれではないが、未遂者への初期対応は患者・家族・医師間の信頼関係やその後の治療関係の構築に大きく影響

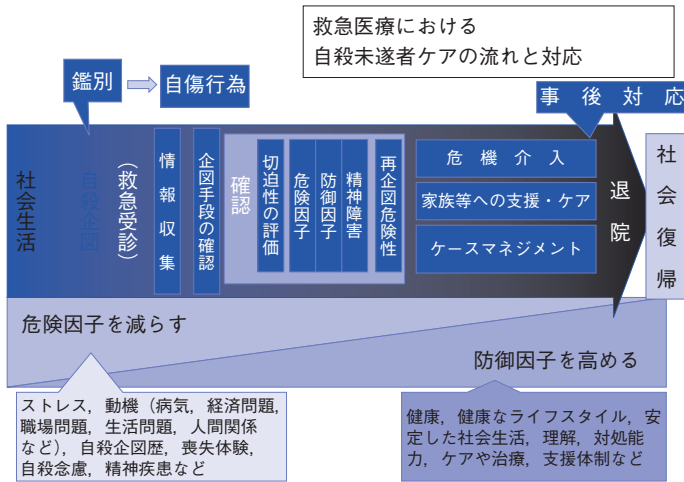


図5-3 救急医療における自殺未遂者ケアの方法

する。

医療者としての基本的な態度として重要なのは下記のとおりで、受容と共感、傾聴が基本となる。また、自殺を企図するところまで追い詰められた患者の心境を考えた場合、まず医療者がかけるべきは、患者の苦労に対する「ねぎらい」の言葉であろう。患者は絶望感や無力感、孤立無援感にとらわれているので、支援の表明を明確に伝えたほうがよい。そして、その支援の内容は、漠然としたものではなく、患者の置かれた状況に応じて個別的で、かつ具体的でなくてはならない。

支援やケアを行う人に必要な態度

受容と共感

患者を一度しっかり受容する。そして、「批判的にならない・叱責しない・教条的な説諭をしない」を心掛ける

傾聴

患者の語る話に無批判に耳を傾け、その内容を真剣にとらえる

ねぎらい

患者の苦労をねぎらい、相談に訪れたことや自殺について打ち明けたことを賞賛する

支援の表明

力になりたいという医療者側の気持ちを伝える。曖昧な態度をとら

ない

明確な説明と提案

患者の個性に配慮し、提案は具体的に。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

自殺企図や自殺念慮について取り上げ話題にすることは、患者の再企図の予防の第一歩である。問題が明らかに存在するのに、それをないかのように振る舞うことのほうが不作為で不誠実である。患者とラポールをとった上で、自損行為の意味や現在の自殺念慮の有無を明確に尋ねることが大切である。そこから、患者 - 医療者間の信頼は深まり、患者への理解が深まり、また必要な支援が明らかとなる。なお、非専門家向けには「TALK の原則」というものが提唱されているので参照されたい。

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) 医療者自身の気持ちの発露に注意する

医療者自身が、自殺関連行動や自殺企図者の本質を理解していない場合、その行動に嫌悪感を示したり、「自殺未遂を無責任な行動である」とか「患者の心が弱いから困難を乗り越えられなかったのだ」と断じてしまう場合がある。また、医療者が独自の人生観に基づいて患者を判断したり、説諭をしてしまう危険性もある。したがって、医療者は正しい知識を身につけ、自殺関連行動の本質を理解する必要がある。

しかし、たとえ知識と理解があっても、自分自身の思いが時として患者や他の医療者に対して批判的に、攻撃的な形となって発露してしまうことがあるかもしれない。医療者は、常に自分の気持ちを自覚し制御できるように心掛けたい。

[実践編]

Ⅲ. 自殺未遂者対応フロー**1. 3つの基本軸とその他の重要事項に関する実践項目**

精神科救急における自殺未遂者ケアの3つの基本軸と実践項目、およびその他の重要事項を以下に示す。

自殺未遂者ケアの3つの基本軸と実践項目、およびその他の重要事項

1. 自殺関連行動の把握とトリアージ
 - 1) 情報収集
 - 2) 企図手段の確認
2. アセスメント
 - 1) 自殺企図の鑑別
 - 2) 切迫性の評価
 - 3) 危険因子・防御因子と精神障害
 - 4) 再企図危険性
3. アクション
 - 1) 危機介入
 - 2) ケースマネジメント
 - 3) 家族等への支援とケア
4. その他の重要事項
 - 1) 自傷行為の理解と対応
 - 2) 事後対応

実際の精神科救急の現場において、これらをどのように実践したらよいのかを時系列で理解するために、精神科救急フローに応じた実践項目を図5-4に示した。

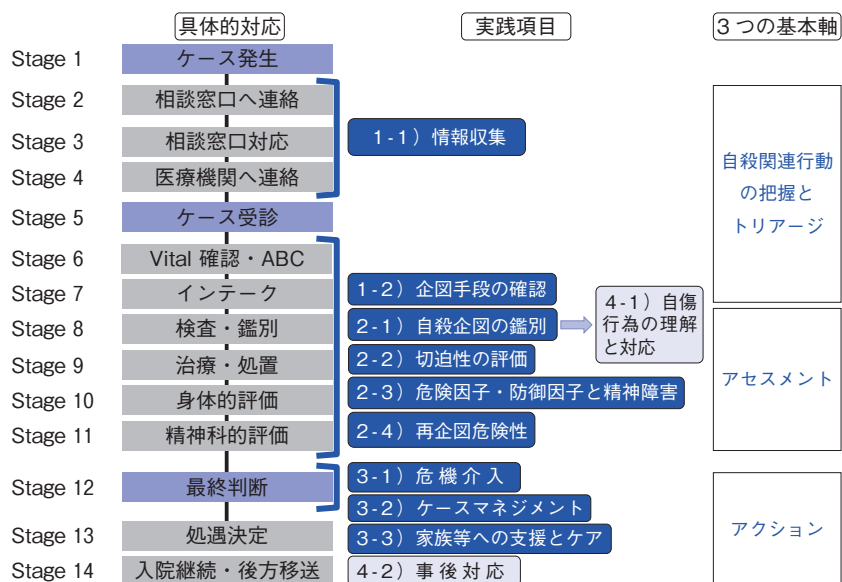


図 5-4 精神科救急フローと自殺未遂者ケアの実践項目

IV. 自殺未遂者ケアの実践項目

以下では、精神科救急における自殺未遂者ケアの実践項目について説明する。

1. 自殺関連行動の把握とトリアージ

1) 情報収集

(1) 情報収集の手順

自殺未遂者は自殺企図による身体的問題と精神医学的問題が併存しており、受診先の選定やその後の身体管理、必要となる精神科治療の程度などを検討していく必要がある。精神科プレホスピタル・ケアとして、自殺未遂者が精神科救急を受診する上で受診前の相談や救急搬送などが関与する。そして、従事者としては、救急搬送にかかわる救急隊員、警察、措置診察や移送等にかかわる保健所、受診勧奨する市町村等の精神保健担当課、受診前の電話相談にかかわる前述の機関のほか、精神科救急情報センター職員、医療機関窓口がここに含まれる。

情報収集									
①自殺企図事実	本人		家族 支援者		情報 救急隊 警察 センター 行政			医療 機関 その他	
	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	当事者		プレホスピタル・ケア				医療		
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る。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る。誰が情報提供者かで情報の質は異なるが、最終的にさまざまな情報を総合的に評価する必要がある。

図5-5 自殺企図に関する情報源と情報の内容

プレホスピタル・ケアから救急医療までのトリアージ項目

- 精神医学的リスク
- 身体医学的リスク
- 自殺のリスク
- 危険因子
- 防御因子
- 緊急度
- 自殺念慮の変化

患者の状態を把握して身体面や精神面双方を勘案したトリアージ、搬送先・受診先との連絡調整、家族等周囲の者のサポートに至るまで幅広い次元での対応が求められる。以上のことから、患者が精神科救急を受診した場合、直ちに包括的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についての情報、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。図5-5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、最終的にさまざまな情報を総合して評価する。

(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。調査的に聞くのではなく、相談者のストーリーに沿ってナラティブに聴きながら必要な情報を収集するなどの工夫も必要である。患者は否定的認知となっていることも想定されるため、危険因子を強調し過ぎないで聴くことも大切である。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。対応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酌み取り、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も、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。

自殺未遂者は重篤な心理状態にあり、時に精神運動興奮や攻撃性を呈することもある。対応者は事故防止等の観点で、適切な情報把握によるリスクアセスメントを行い、人員体制や環境設定を検討して、安全確保を行うことが必要である。また、適切なコミュニケーションや態度をとることが求められ、ディエスカレーションによるコミュニケーション・スキルを用いて、患者の危機的な精神状態を緩和するアプローチも実践することが重要である。

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1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、誰が、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

- 誰が (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

その上で、患者と意思疎通がとれるかどうかを確認する。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。

面接導入としては、日付や状況、食事、睡眠、体調や気分など日常的内容を取り上げ、話しやすい内容などで傾聴しながら、併せて見当識があるかどうかなどにも注意していく必要がある。

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、付き添いの有無、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〔2-4〕や危機介入後の対応〔3-1〕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。

2) 企図手段の確認

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。自殺未遂者の診療依頼がなされた場合、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重要である(図5-6)。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など、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からである。

(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。薬袋、薬品容器、用いられた用具などの存在は手段を同定するための情報となる。手段は必ずしも単独であるとは限らず、例えばリストカット後に大量服薬をするなど、複合的である可能性にも注意を払う。企図手段の種類により身体的治療

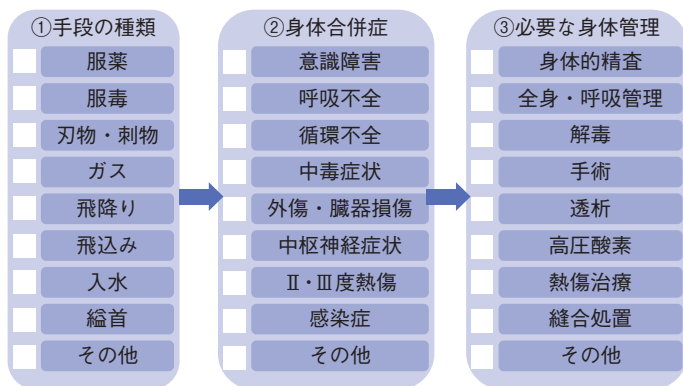


図5-6 自殺行動の手段、身体合併症、必要な身体管理

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進めながら、身体合併症を把握して重症度を確認し、必要となり得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。

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。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。病態によっては、見逃しやすいものがある。例えば、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みえても、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。排ガスによる一酸化炭素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みえる場合でも、その後に間歇型CO中毒を発症するということもあり、高圧酸素療法を要することも少なくない。三環系抗うつ薬や定型抗精神病薬などは心毒性が強く、致死性が高いと認識すべきである。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。このような場合も、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。そのほかにも、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。例えば、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優先する〔3-1〕危機介入、図5-12も参照〕。

（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、精神科医療施設を受診後に、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5-7）

- 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

2. アセスメント

1) 自殺企図の鑑別

本人や家族、周囲から得られる情報により、受診した患者の自損行為が自殺企図であったのかどうかを確認しなければならない。それが、患者のアセスメントや支援の方向性を検討する上での第一歩となる。

（1）自殺企図であったのかどうかを確認する

患者の自損行為が自殺企図であったのかどうかを確認する手順として、以下の指標（図5-8）を参照しながら解説をする。

① 自らの意思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、転倒による外傷は自殺企図で

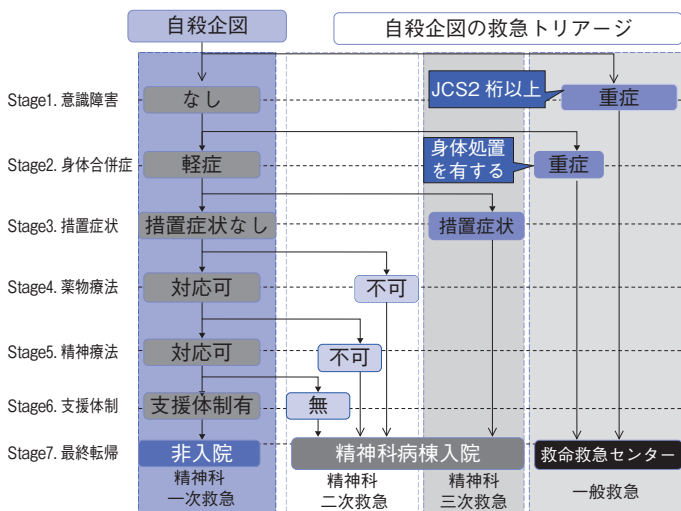
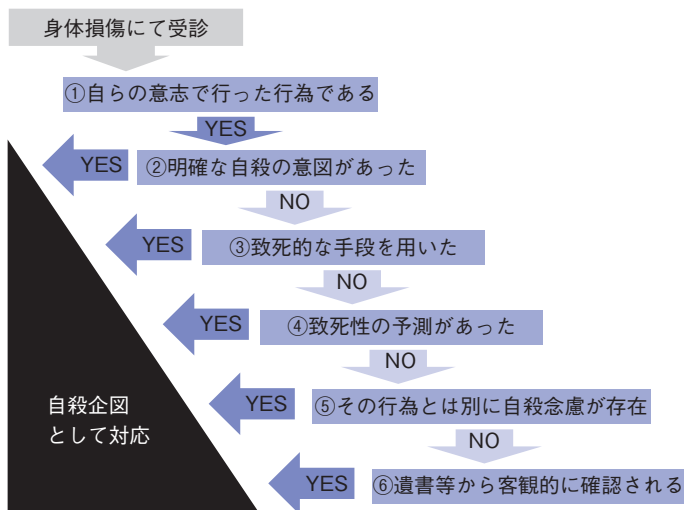


図5-7 自殺企図の手段と重症度による救急トリアージ



自殺未遂・自傷・その他の鑑別（松本、河西）より引用・一部改変

図5-8 自殺企図の有無の確認

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明言されるとは限らないので、患者が否定したとしても、少なくとも一度は再度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、その場合でも長期的に、持続的に希死念慮を抱いてはいなかったのか、あるいは自殺の意図のない故意の自傷行為が繰り返されていなかったのかなどを確認する。

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、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至る自傷もあるので、自殺企図と判断されなくてもさらにアセスメントを進める。

⑤ その行為と別に自殺念慮が存在するかを確認

例えば、「ボールを拾おうとして道路に飛び出したのであって、死のうとしたわけでない」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、周囲へ伝えた言葉などから、自殺の意思が疑われる場合には、いったんは自殺企図とみなして、アセスメントを進める。

2) 切迫性の評価

自殺未遂者が受療した場合に、帰宅させ外来治療につなげるか、それとも入院とするかを判断しなければならない。この判断をするにあたって、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

自殺念慮の確認には多面的の評価が必要である。また、繰り返し確認していくことが重要である。例えば、多くの患者は、自殺念慮の確認に対して黙秘したり、混乱の中で返答がなされなかったりする。また、つらさを表明する術を知らず、「大丈夫です」と言ったり、実は心の中で自殺再企図の強い意志を固めているケースもまれではない。したがって、自殺念慮を否定する患者の言葉を頭から鵜呑みにすることは危険である。つまり、患者が自殺念慮

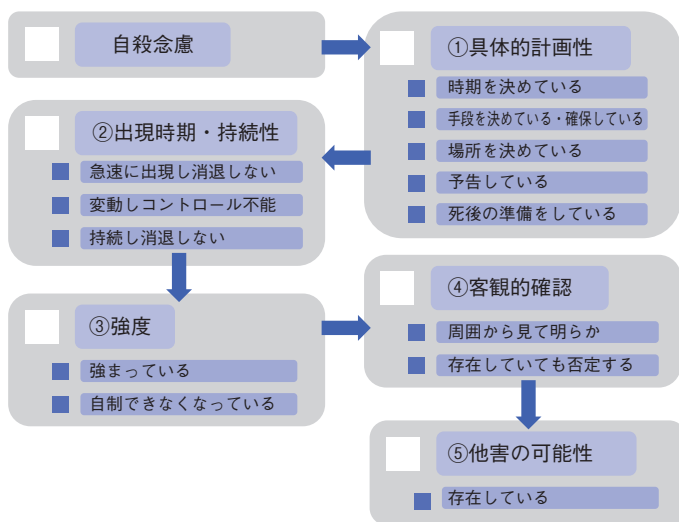


図5-9 現在の自殺念慮の評価

を否定している場合でも、「自殺念慮を表出できない」、「自殺念慮を隠している」、「精神疾患の重症度や、意識障害により自殺念慮を評価しきれない」という可能性も考慮すべきである。

しかし、「死にたい」と表明していても、つら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。

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（図5-9）

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1つでも存在する場合は、特にリスクが高いと考えられる。

① 具体的計画性

自殺の計画が具体的であればあるほど危険性が高い状況

- ・時期を決めている

例)「〇月〇日に」、「〇の記念日に…」等

- ・手段を決めている・確保している

例)「練炭を買った」、「ロープを用意している」等

- ・場所を決めている

例)「自殺の名所を調べている」「思い出のある場所に行く」等

・予告している

例)「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

・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

急速に出現し消退しない,変動しコントロール不能,持続し消退しないなどは危険性が高い。

③ 強度

自殺を強く望んでいること,具体的な計画があること,あるいは自殺念慮を抱いた動機や経緯などから判断される。自殺念慮が強まっていたり,自制困難であれば危険性が高い。

④ 客観的確認

遺書を書いたり,周囲に死をほのめかす場合は危険性が高い。自殺念慮が周囲からみて明らかに存在するにもかかわらず言明しない場合や否定することもあるので注意が必要である。

⑤ 他害の可能性

「〇〇を道連れに死ぬしかない」「一緒に死にたい」「殺したい」などと口にする場合は危険性が高い。

カタルシス効果を考慮する

自殺が企図された後に,それまで不安定だった患者の精神状態が一見改善したようにみえることがあり「カタルシス」といわれる。しかし,自殺を企図したことで,本人がそれまで抱えていたさまざまな問題が解消されたわけではないので,これはみせかけの改善であり,早晚,精神状態は悪化し危険な状態に戻ってしまう。

3) 危険因子・防御因子と精神障害

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1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(図5-1)や防御因子(図5-3参照)を把握することが大切である。

(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¹⁾。

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、自傷行為を行う者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²⁾、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得る。

(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，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，その背景に精神疾患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。

身体疾患患者の自殺の危険を高める要因³⁾

- 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いられる
- 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さまざま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、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が高いほど、あるいは身近である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、自殺念慮をも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ほう助するような情報）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

- 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^{4, 5)}。うつ病をはじめとして、統合失調症、適応障害、パーソナリティ障害、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⁴⁾が、救命救急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。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 group⁶⁾)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、パーソナリティ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。

i) 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⁷⁾

- 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

うつ病の人の自殺の危険を増大させる要因⁷⁾

- 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
- 精神病症状を伴う躁病

ii) 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⁷⁾

- 雇用されていない若年男性
- 反復する再燃
- 悪化へのおそれ（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

統合失調症患者の自殺が出現しやすい時期⁷⁾

- 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

iii) 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。

iv) 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⁷⁾

- 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

v) 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⁸⁾。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している場合である。Umetsu らの報告⁹⁾では、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 (global assessment scale) 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。

4) 再企図危険性

自殺企図で来院した患者の治療方針を決める上で、精神疾患の病態、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、精神疾患罹患患者として事例化することもある。したがって、精神疾患の精確な診断、心理社会的見立てを行い、地域ケアを勘案、模索していくことが重要である。医療者は、自殺未遂そのものが、患者のその後の自殺死の危険性を高めていること、そして精神疾患が改善しなければ、患者は自殺の動機となった生活問題を解決していくことが困難となり、自殺を再企図する危険性が高まってしまうということを念頭に置いて対応すべきである。

(2) 再企図予測性

自殺未遂者の自殺再企図を完全に予測することは簡単なことではないが、前述した「自殺の危険因子」や「自殺念慮の評価」がポイントとなる。その他に参考となるものとして、

- ① 周囲の支援の不足やニーズとの不調和
- ② 家族や周囲の関係者等の理解の不足と対応の誤り
- ③ 患者自身の援助希求性の乏しさ、あるいは支援への拒絶

これらの再企図予測性と、自殺念慮の有無・質を総合した再企図の危険性

	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・心理的状态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 2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

図5-10 自殺未遂者のリスク評価と対応¹⁰⁾

の評価表が提唱されている（図5-10）¹⁰⁾。

3. アクション

1) 危機介入

(1) 治療（介入）方針の策定

① 治療環境の判断

これまでに行った自殺企図者についての種々の評価をもとに、危機介入の方針を策定する。その中で治療環境の設定は方針策定の大枠となる。

実際の治療環境にはさまざまな様態が実在するものの、主には以下の4カテゴリーに大別される（図5-11）。

i) 救命救急センター等

背景に精神疾患が常時想定されている高度医療体制。

ii) 一般病床

常態としては背景の精神疾患の想定がなく、臨時体制で対応にあたる一般的な身体科医療環境。

iii) 精神病床

精神疾患の治療を主な目的とした病床種別で、身体科への対応体制は通例限定的。

iv) 非入院治療（いわゆる通院治療）

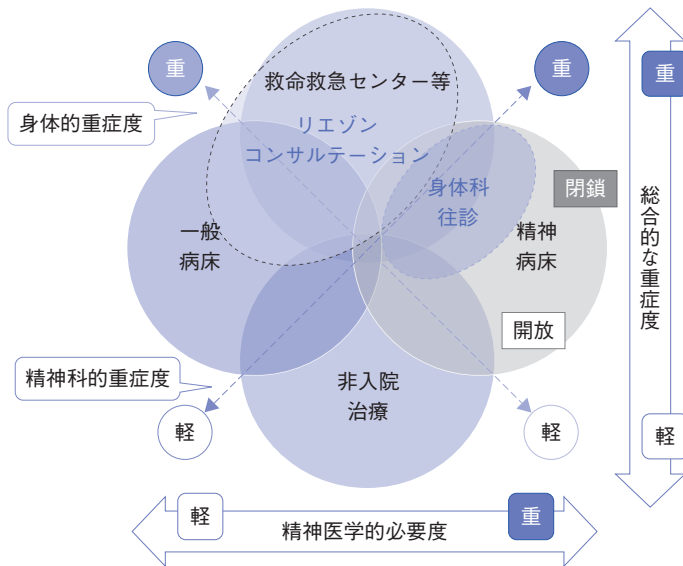


図5-11 治療環境の代表的な4カテゴリー

いずれの治療環境にも利点や欠点となり得る特徴があり、病態に見合う形で選定する必要がある。実際のケースの判断では、危険度についての評価が明確に治療環境を規定しない場合や、ある程度明確な評価がなされても、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。したがって、一定の手順で治療環境を選択できるとしても、最終的な治療環境の判断にあたっては、未遂者の個別評価をもとに、利用できる治療環境の特性を踏まえて方針を立てることとなる。

まず優先すべきは、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の判断であり、これには身体科の評価と方針が大きく影響する。続いての手順は、別の判断軸として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。

② 身体科治療と精神科治療のバランスの判断 (図5-12)

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」の関係性を考慮して、治療環境を決定する。両方の危険性が高い場合、必ずしも一致しない場合など多様で、両者に一定の関連はないと考えて別個に評価すべきである。

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、救命の観点から精神科的危険度によらず身体疾患の治療が優先される状況

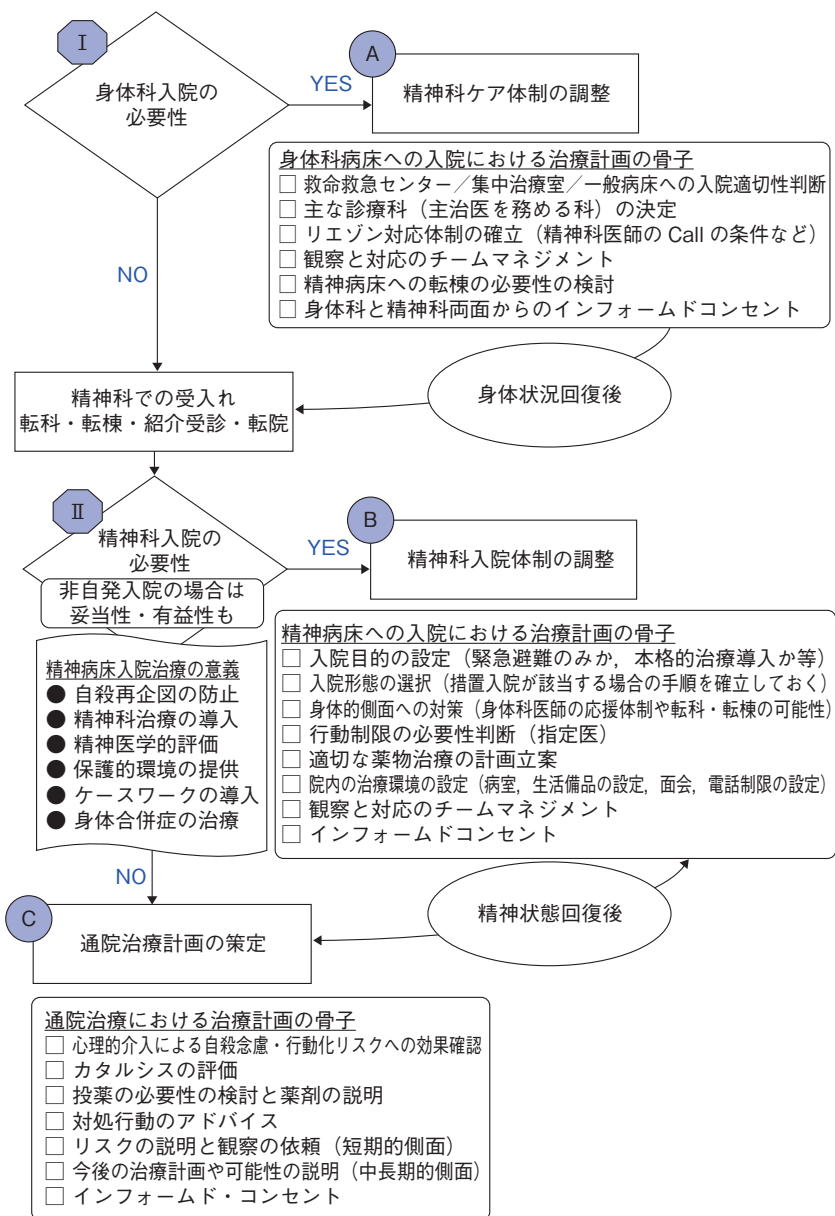


図5-12 治療環境選択のフローチャートと各治療環境における計画骨子

が存在するからである（図5-12：I）。その際、身体科治療を目的に設計された各病室が、併存する精神症状にとって適切か、不都合な個所などがあるならどのように対処するのか、などを判断することになる（図5-12：A-1）。また、多数の診療科が出入りする集中ユニットなどの場合には、主治医を務める診療科（主科）を明確にしておくべきである（A-2）。身体科病床が選択された場合には、精神科的側面の介入をどのように行うのかについて、個別に方針が立案されねばならない。多くの場合それは精神科医によるコンサルテーションリエゾンとして行われる。高度救命救急センターでは、背景因としての精神疾患が常時想定されるため、一部では精神科医の常勤を置いていることもあるが、一般的にそのような恵まれた体制は珍しく、診療形態は往診や対診（併診）となる。いずれの場合にも、精神科医をコールする条件などを含め、各医療施設に応じたりエゾン体制を確立し（A-3）、複合的な病態に対する観察と対応についてのチームマネジメントを行うことが求められる（A-4）。

身体科の治療を進める中で、精神科治療の優先度・必要度は時々刻々変化するため、各専門職種はチームの一員となって継続的なかわりをもち、局面に応じた専門医学的介入が必要である。経過によっては、精神病床での治療が必要、あるいは望ましい局面も考えられ、その移行のタイミングや条件などについても継続的に検討する（A-5）。

なお、近年のわが国の研究では、救命救急センター等において、精神保健福祉士やソーシャルワーカーなどの専門職が、自殺企図者に対してケースマネジメントを行うことで、再企図防止効果が有意に高かったことが示されている（[ACTION-J コラム](#)（p175）参照）。したがって、医師による精神医学的評価のみならず、このような専門職による多面的な介入が、あらゆる治療環境においても有用であることが考えられる。

一方、身体損傷が比較的軽症である場合、または身体的な治療が一段落した場合など、精神科での身体管理や治療が可能な状況では、精神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、両面のケアを同時に行うこともできる。あるいは、後述するように両方の治療を同時並行に通院で行える場合があるかもしれない。精神病床に入院する場合、その環境がいわゆる総合病院精神科であるのか、単科精神科病院であるのかによって、身体科治療の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非常に重要である（B-3）。

いずれの治療環境においても、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必要がある。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べきであり、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ほうがよい（A-6、B-8）。

③ 精神科治療における治療環境の設定

i) 入院治療の適切性・有益性の判断

精神科の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。一般に精神科入院治療では図5-12のⅡに示したような意義がある。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）を行うことがまず求められる。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（B-1）。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。

ii) 入院形態

自殺企図や自殺念慮は、いわゆる措置要件である「自傷他害のおそれ」に該当している。このためしばしば行政を介した措置入院が適用されることがあるが、自殺関連行動には広い幅があるため、必ずしもすべてのケースでそのような介入となるわけではない。軽症の場合には措置入院の可能性が低いばかりでなく、致死性の高い自殺行動であっても救命救急センター等への搬送となれば、すぐには措置入院の行政手続きとならないであろう。

家族や消防（あるいは警察）などにより直接来院し、いわゆる措置要件である「自傷他害のおそれ」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、警察に通報の判断を求めるのか、医師が通報するのか、などについて、現在までに統一見解がなく、地域によって運用も異なるため、当該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。

非自発入院のみならず、任意入院も含め、どのような入院形態が適しているのかは、個々のケースについて治療の有益性や意義をもとに臨的に判断をすることになる。

iii) 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あり得る。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、自殺企図の防止を目的とした対策が単に隔離や行動制限手段のみであり、必要以上に本人の自由意思を奪うことなどは、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みえても、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。行った心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果を確認することはもちろん（C-1）、カタルシスの可能性についても評価に含めるべきである（C-2）。また、投薬に関する判断と説明（C-3）、対処行動のアドバイス（C-4）、リスクの説明と観察の依頼（C-5）などを忘れないように必ず行うべきである。

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することはできても、完全に予測が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ないということ、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を家族などに伝えた上で治療を導入するべきある（C-7）。

iv) 本人のみの場合

単身の来院や家族の付き添いがいない来院では、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であっても手続きがとれなかったり、非入院治療を選択したとしても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

状態にない場合も多い。依頼者が存在する状況であれば、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得る。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自殺再企図という最悪の危険を防止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。

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。そのため精神科医、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。

⑤ 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。

(2) 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。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。このために、今後の治療計画や想定される変化の可能性について可能な限り説明することは当事者や関係者の理解を深め、継続的な治療を確保するために役立つかもしれない（C-6）。また、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。

2) ケースマネジメント

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深刻な社会的問題を抱えているため、精神科救急医療においては医療的にも、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多くある。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本人の意思決定を尊重しながら最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。精神科救急医療において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。精神科救急担当医は身体的治療と精神科救急の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

- 傾聴による受容と共感的理解
- 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 (図5-13)

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。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、危険因子など心理社会的問題や防御因子や対処能力、キーパーソン等を抽出する。そして、最終的に精神科ソーシャルワークを実践し、医療機関と関係機関双方の信頼関係や協働作業による協調的交渉を進め、問題解決につなげていくことが重要である。実践においては、危機介入や問題解決に加えて、エンパワメントや家族支援など包括的な心理的援助技法が必要となる。

こころの健康のリスクは、これまで送ってきた生活（ライフコース）における心理社会的因子と関連している。自殺未遂者の直面している危機はそれまでのライフコースでのさまざまなリスクによるものでもあり、ナラティブなアプローチを通して、共感的理解につなげていくことが重要である。



図5-13 精神科救急医療におけるソーシャルワーク

図5-13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SW1～6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
- ・ 現実に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

< 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

- ・ ソーシャルワーカー（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（短期目標設定）
- ・ 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（中長期目標設定）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、関連機関等）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ときには、治療の継続性が最も重要な課題である。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る。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。

相談機関との連携にあたっては、患者や家族と支援者のニーズのずれが生じていないかどうかを確認することや、連携先の役割や限界の確認が前提となる。そして、連携先にどのような支援が必要か、また相談の内容を説明し、支援を申し出て、共有できる目標や同意点を強調してかかわるとよい。一方で、相違点が強調されると失敗しやすいことに留意する必要がある。

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ふ。例えば、家族や周囲などへ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も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

連携や相談の失敗しやすいとき

- 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
- 約束が守られない

また、継続的なフォローにおいても、相談場所の原則、開設時間、電話、約束の時間に間に合わない場合等を丁寧に説明しておく必要がある。また、約束の時間に行けなかったなど、原則が守れなかった場合のような否定的結果が生じた際に、どのように問題解決していくかを事前に話し合っておくとよい。また、ニーズが担当の対応可能な範囲を超えている場合についての方針についても、事前に考えておく必要がある。

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自殺の危険性がないか、再度確認する必要がある。また、患者を支援するために必要となる社会資源はあるのか十分な確認が必要である。未遂から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とりながら行うことが必要となる。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等による自殺防止についての活動が行われている。日ごろ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とき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り、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

i) 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、患者や家族が非常に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。

ii) 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も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。

iii) 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

i) 自殺企図のプロセス

ii) 自殺の危険因子と防御因子 (図 5-2)

iii) 精神医学的治療の導入と継続の重要性 (図 5-1)

iv) 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窓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 (図 5-13)

v) 危機対応の窓口 (救急医療施設、精神科救急医療施設など)

③ 情報提供におけるポイント

i) 穏やかに説明する

強い感情を伴った表現は相談者の理解に影響する場合がある

ii) ゆっくりとわかりやすく説明する

心理的不安がある場合には、一度に多くの情報は頭に入らないことがある

iii) 相手の反応を確認しながら話す

1つのわからないことが、その後の相手の聴かない姿勢につながる場合がある。一方的に話さない。

iv) 具体的に説明する

抽象的で理念的な話より、相談者にとっての具体的な話のほうが理解しやすい。

ACTION-J コラム

わが国の自殺死亡率は、諸外国と比較して現在も高い水準にあり、2013（平成 25）年人口動態統計によれば、自殺は、20～50 歳台のどの世代においても死亡原因の上位に位置するなど、依然として日本国民における公衆衛生上の最大課題の 1 つである。

わが国において、科学的根拠を有する自殺予防対策の開発、施策化は、喫緊の課題とされ、自殺総合対策大綱（2007（平成 19）年に閣議決定され公表）でも指摘されてきた。そのために 2005（平成 17）年に厚生労働科学研究費補助金事業「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究」（通称 ACTION-J）が企画され、2006（平成 18）年から実施された。そしてその成果が、2014（平成 26）年 8 月に公表された¹¹⁾。

ACTION-J は、「戦略研究」という厚労科研費時補助金事業の新たな枠組みで行われた。これは、国民の健康に関する重要な政策目標についての科学的根拠の創出を目的に厚生労働省により企画された大型の臨床研究プロジェクト事業である。研究班は、公益財団法人精神・神経科学振興財団を研究責任主体として、国立精神・神経医療研究センターの支援のもと、救急医療部門と精神科が連携関係にある 17 の医療施設群からなる全国規模の研究グループから組織された。そして、自殺未遂者に対するケース・マネージメント介入プログラムを開発し、その有効性を多施設共同無作為化比較試験により検証を行った。その結果、ケース・マネージメント介入を受けた自殺未遂者において、一定期間内において対照群と比較して自殺再企図発生割合の明確な減少効果が認められた（割付け後 1 カ月、3 カ月後は約 80%の減少効果で、6 カ月でも約 50%の減少効果）。本研究は、自殺未遂者の自殺再企図予防のための介入方略に関して、初めてその有効性について科学的根拠をもって示したものとして国内外で広く注目された。

戦略研究の目的に則り、ACTION-J の後継研究班は、ケース・マネージメントの実務者養成研修プログラムの開発を行い、2015（平成 27）年 10 月から、ACTION-J の事業化が厚生労働省によってなされた（「平成 27 年度自殺未遂者再企図防止事業」）。

（河西）

3) 家族等への支援とケア

(1) 家族・周囲への支援とケア

自殺未遂者の家族は心理社会的に困難を抱えていることが少なくない。そのため、自殺未遂者の治療を行うときに、家族の不安を和らげ、苦労をねぎらうことや、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、まくし立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落ち着いて対応することで、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

4. その他の重要事項

1) 自傷行為の理解と対応

(1) 自傷行為の理解

① 自傷行為の定義

自傷行為とは、自殺以外の意図から非致死性の予測をもって、故意に身体

共通する特徴	自殺	自傷
刺激	耐えられないことの痛み	間歇的にエスカレートすることの痛み
ストレス	心理的な供給充足の挫折	心理的な供給充足の延期
目的	耐え難い問題に対する唯一の解決策	短期間の改善を獲得する方法
目標	意識の終焉・喪失	意識の変化
感情	絶望感、無力感	疎外感
認知の状況	視野狭窄	崩壊・分裂
行動	脱出口	再統合

文献 14) より引用・改変

図 5-14 自殺と自傷の違い

へ直接的な損傷を加える行為である。代表的なものとしてリストカットのように身体表面を切る行為がよく知られているが、皮膚を突き刺す、やけどをさせる、硬いものに身体の一部をぶつけるといった行為もある。

なお、過量服薬は、これを自傷行為に含める研究者がいる一方で、リストカットと異なり、必ずしも非致死性の予測がつくとはいえず、間接的な身体損傷であるという理由から、自傷行為から除外する研究者もいる。

② 自傷行為の意図

自傷行為の意図として最も多いのは、怒り、恥辱感、孤立感、不安・緊張などの不快感情を緩和するというものである¹²⁾。操作的、演技的な自傷行為は、援助者の多くが思い込んでいるほどは多くなく、自傷行為の9割以上は誰もみていないところで行われ、しかもその後誰にも告白されないことがないという¹⁰⁾。

なお、自傷の最中に「痛みを感じない」「記憶が曖昧である」と述べる自傷者は少なくなく、時には健忘を残す者もいる。このことは、一部に解離症状と密接な関連をもつ自傷行為も存在する可能性を示し、解離状態からの回復に、自傷行為によってもたらされる身体的な疼痛刺激を利用しているとされる者も存在する¹³⁾。

その意味で、自傷行為は自殺とは行為の背景にある「意図」の点で異なっているとも考えることもできる(図 5-14)¹⁴⁾。すなわち、自殺が、「耐えがたい、逃れられない、果てしなく続く」苦痛に遭遇し、「もはや自分の力ではどうにもできない」という絶望感と無力感の中で、その苦痛を解決する唯一の方策として行われるのに対し、自傷行為の多くは、「寄せては返す波のような」間歇的・断続的な苦痛を短期的・一時的に緩和する試みとして行われるのである。言い換えれば、自傷行為とは、「心の痛み」を抑えるために「身

体の痛み」を用いてその場しのぎをする対処行動であり、その意味で自殺企図とは区別することができる。

③ 自傷行為を繰り返す者の臨床的特徴

自傷行為を繰り返す者の中には、周囲から存在を否定され、安心して自分の気持ちを表現できない環境に生育してきた者が少なくない。それは、虐待やネグレクトはもとより、家族内の暴力・暴言、学校でのいじめ、きょうだい間の差別や親からの過干渉や価値観の押しつけなど、さまざまな形をとっている^{12,15)}。その結果、幼少時から「自分はいらない子どもである、余計な存在である」と思い込んできた者が多く、援助希求能力が乏しい。自傷行為による不快感情の緩和は、他者の援助を拒んで独力で苦痛を解決しようという、彼らの援助希求能力の乏しさを反映した行動といえるであろう。

なお、すでに述べたように自傷行為は自殺とは峻別されるべき行動であるが、同時に長期的には自殺を予測する重要な危険因子である。事実、Owens ら¹³⁾のメタ分析によれば、過去1回以上の非致死的な自傷をした若年者は、そうではない者に比べ、10年後の自殺既遂による死亡率が数百倍高いという。

臨床的には、リストカットがエスカレートしていく過程で過量服薬が併発するようになると、急激に自殺既遂のリスクが高まるという印象がある。例をあげれば、過量服薬による酩酊の影響で衝動性が高まった状態にあること、さらには、過量服薬に振り回されることに周囲が疲弊するとともに、本人に対する陰性感情を高め、本人が孤立してしまうことが、自殺による死をたぐり寄せてしまう。こうした一連のプロセスをさらに加速する要因としては、アルコール・薬物の乱用の影響にも注意すべきである。図5-15は、このようなさまざまな自己破壊的行動のスペクトラムと死へのプロセスとの関係を概念化したものである。

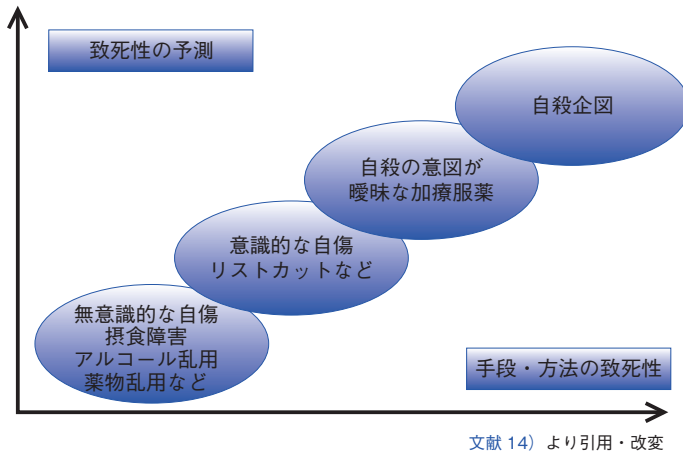
(2) 患者の自傷行為への対応

① 援助希求行動を支持する

自傷行為の告白や自傷創の手当てを求めることは、それ自体が賞賛に値する行動である。自傷行為とは、単に自らを傷つけることだけを指すのではなく、傷の消毒もせずに自身を感染の危険にさらすことなども含めた行動であると理解する必要がある。

② 頭ごなしに禁止しない

自傷行為をした患者に対する最初の面接で、頭ごなしに自傷行為を禁じたり、叱責や説教をすることは好ましくない。まずは、自傷することの是非について価値判断を保留し、中立的かつ関心ある態度で、自傷行為のもつ肯定的側面と否定的側面について話し合うことが大切である。



文献 14) より引用・改変

図5-15 自己破壊行動スペクトラム

忘れてはならないことは、自傷患者が克服すべき一番の問題は、決して「自分を傷つける行為」そのものではない。むしろ、「正直な気持ちを偽って、誰にも助けを求めずにつらい状況に過剰適応すること」なのである。その意味で、自傷行為を通じて自らの苦境を伝えたことは、最悪とはいえない。

③ 懸念を伝える

患者の自傷行為を共感的に接し、その肯定的側面を確認した後には、「頭ごなしの否定」と誤解されないように、自傷行為の否定的側面を伝える必要がある。

すでに述べたように、自傷行為には、一種の「こころの痛み」に対する「鎮痛効果」があるが、その効果は、麻薬と同じように繰り返される過程で「耐性」を生じ、当初と同じ効果を得るためには、自傷頻度を高めたり、より深く切らなければならなくなってしまう¹³⁾。時には、手首や腕だけで足りなくなり、他の身体部位を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ち付けたり、火のついたたばこを皮膚に押し付けたりする者もある。さらに困ったことに、自傷を繰り返すうちに前よりもストレスに弱くなってしまう。以前であつたら気にもとめなかったささいな出来事にも痛みが必要となる。

最終的には、いくら切ってもこころの痛みを埋め合わせるのに追いつかない状態——「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態——に陥ってしまう。言い換えれば、自分をコントロールするために始めた自傷行為によって、逆に自分がコントロールされる事態である。なお、この段階に到達した患者の多くは自殺念慮が高まっている。

④ 自傷行為のアセスメントをする

すでに述べたように、自傷行為は自殺とは異なる行動であるが、将来の自殺と密接に関連する行動である。その意味では、近い将来の自殺リスクの予測を含めたアセスメントが必要である。

アセスメントにおいては、以下の5つのポイントに注目して評価するとよい¹⁵⁾。

i) 援助希求の乏しさ

傷を隠す、自傷のことを人に話さない、傷の処置をしない。

ii) コントロールの悪さ

不本意にも意図した以上に深刻な自傷、乱雑で汚い傷、服で隠れない部位の傷。

iii) 行動のエスカレート

複数の身体部位に傷がある（腕以外に脚や太腿、腹部など）、「切る」以外の方法も用いる（例：「つねる」「髪の毛を抜く」「火のついたたばこを押しつける」「壁を殴る、頭を壁に叩きつける」など）。

iv) 解離傾向

自傷行為をする際に「痛み」を感じない、行為の記憶がない。

v) 自己虐待の多様性

他の間接的な身体損傷行為（例：「拒食・過食」「アルコールや市販薬などの乱用・過量服薬」）を伴っている。

あくまでもこれは1つの目安に過ぎないが、上記5つの評価ポイントのうち3つ以上該当する場合には、自傷行為を自分でコントロールすることができなくなっており——逆に自分が自傷にコントロールされている状況——に陥っており、その「治療効果」が薄れている可能性が高い。自傷行為にはつらい感情を一時的に抑える効果があるが、繰り返すうちに効果が乏しくなると、自殺念慮が高まることもある。このような場合には、精神医学的介入の必要がある。

また、該当項目が3つ以下でも、v) に該当する場合——特に過食嘔吐のような食行動異常は近い将来の過量服薬や自殺企図を予測する危険因子である¹⁵⁾——、また、評価ポイントとは別に、若年者自身が「いくら切っても気持ちが収まらない」と述べている場合には、切迫した自殺企図の可能性を念頭に置いた治療が必要である。

(3) 治療のゴールは自傷しなくなることではない

紙幅の関係もあり、ここではごく簡単に述べるにとどめるが、自傷行為の治療はトリガーとなる出来事や状況、あるいは感情を同定し、トリガーに対処するスキルを習得することである。まずは、正直な告白を支持し、失敗に

含まれる小さな変化を見逃さずにやはり支持・強化し、患者がさらに大きな変化へと挑戦するのを励ます。そして自傷の再発は、治療を深める上で不可欠なプロセスである。

強調しておきたいのは、自傷行為を止めることが治療の最終的な目標ではない、ということである。むしろ、「自らの感情をきちんと把握し、それを言葉で表現できる能力」（エモーショナル・リテラシー）の獲得こそが重要であり、「世の中には信用できる大人もいて、つらいときには助けを求めてよい」ということを知ることが、実は、将来における自殺予防に資するのである。

2) 事後対応

(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られる場合がある。自殺の発生は自死遺族に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「分かち合いの場」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) かかわったスタッフに対して

担当した患者の死は、かかわった医療者・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、複雑な心理機制が生じやすい。また、連日、救急医療にかかわる者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。

引用文献

- 1) Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, et al: Attempted suicide: Repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 100: 205-11, 1999.
- 2) Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry* 158: 427-32, 2001
- 3) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント，第2版．医学書院，東京，2006
- 4) 張賢 徳：自殺既遂者中の精神障害と受診行動．*日本医事新報* 3789：37-40，1996
- 5) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
- 6) 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．*精神神経雑誌* 96：415-43，1994
- 7) Preventing suicide: a resource for general physicians, WHO, Geneva, 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．横浜市立大学医学部精神医学教室，2007）
- 8) Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-28, 1997
- 9) Umetsu M, Otsuka K, Endo J, et al: Usefulness of and Factors Associated with Global Assessment Scale (GAS) Scores in Suicide Attempters. *J Psychiatry* 18：14-159, 2015. [<http://dx.doi.org/10.4172/psychiatry.100023>]
- 10) Hawton K, Rodham K, Evans E: By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents. Jessica Kingsley Publishers Ltd, London, 2006（松本俊彦・河西千秋監訳：自傷と自殺．金剛出版，東京，2008）
- 11) Kawanishi et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J) : a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, Volume 1, Issue 3, Pages 193-201, 2014
- 12) Walsh BW: Treating Self-injury. Guilford Press, New York, 2005（松本俊彦，山口亜希子，小林桜児訳：自傷行為治療ガイド．金剛出版，東京，2007）
- 13) Owens D, Horrocks J, House A : Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181: 193-9, 2002
- 14) 松本俊彦：プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理（杉山直也，他編），南山堂，2010
- 15) 松本俊彦：自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち．日本評論社，東京，2009

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（ER）・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，pp151-89，2009
- 2) Ball LR: Suicide risk assessment: Practical strategies and tools for joint commission compliance. HCP Pro Inc, USA, 2007
- 3) Chiles JA, Strosahl KD: Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients, american psychiatric publishing, Inc, Washington DC. And London, UK, 2005（チャイルズ・JA，ストローサル・KD 著，高橋祥友訳：自殺予防臨床マニュアル．

星和書店, 東京, 2008)

- 4) 遠藤仁, 大塚耕太郎, 吉田智之, 他: 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 12: 60-73, 2009
- 5) Berman AL, Silverman MM, Bongier BM: Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford Press, New York, 2000
- 6) Phelan M, Strathdee G, Thornicroft G: Emergency mental health services in the community. Cambridge University Press, Great Britain, 1995
- 7) Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, et al: Emergency psychiatry: Principles and practice. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2008
- 8) Hillard R, Brook Z: Emergency psychiatry. The McGraw-Hill Companies, Inc., USA, 2004
- 9) 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
- 10) 平田豊明, 八田耕太郎監: 精神科救急ケースファイル—現場の技. 中外医学社, 東京, 2009
- 11) 自殺未遂者への対応: 救急外来 (ER)・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
- 12) 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平成 20 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者: 伊藤弘人). pp95-112, 2009
- 13) 河西千秋, 佐藤玲子, 山田朋樹, 他: 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. 平成 19 年度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」分担研究報告書 (研究代表者: 伊藤弘人). pp157-73, 2008
- 14) 河西千秋: 自殺予防学. 新潮社, 東京, 2009
- 15) 川野健治, 伊藤弘人, 稲垣正俊, 他: 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平成 19 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者: 伊藤弘人). pp47-150, 2008
- 16) 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. 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 (本橋豊編). ぎょうせい, 東京, pp218-20, 2007
- 17) 大塚耕太郎, 酒井明夫: File45 自殺未遂者のソーシャルワーク. 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, 平田豊明, 八田耕太郎監). 中外医学社, 東京, pp135-8, 2009
- 18) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 他: 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 (浅野弘毅, 岡崎伸郎). 批評社, 東京, pp89-99, 2009
- 19) 大塚耕太郎, 酒井明夫: シンポジウム 13「精神科救急医療の課題と展望」: 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. 第 102 回日本精神神経学会総会, 精神神経学雑誌 108: 1058-65, 2006
- 20) 大塚耕太郎, 酒井明夫: IV その他 7. 精神症状, 救急医学 30: 748-50, 2006
- 21) 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」平成 17 年度総括研究報告書 (主任研究者: 保坂隆). pp54-7, 2006
- 22) Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Psychiatr Clin North Am 10: 185-206, 1987

- 23) Simon RI , Hales RE: Textbook of suicide assessment and management americana psychiatric publishing, Inc, 2006
- 24) Wasserman D, Wasserman C: Text Book of suicidology. Oxford University, London, 2009
- 25) Jacobs DG: The harvard medical school guide to suicide assessment and intervention. Jossey-Bass, New York, 1999
- 26) Leenaars AA, Jaltzberger JT, Neimeyer RA: Treatment of suicidal people. Taylor & Francis Group, LLC, New York, 1994
- 27) Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, et al: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry 7: 64, 2007
- 28) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭, 他: 自己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因— 3 年間の追跡調査. 精神神経学雑誌 110 : 475-87, 2008
- 29) 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. 自殺予防学: 医師・保健医療スタッフのために [坪井宏仁, 小林章雄, 高橋祥友監]. p303-8, 学会出版センター, 東京, 2006 [Wasserman D: SUICIDE: An Unnecessary Death. Martin Dunitz Ltd, London, 2001] の 305 ページより抜粋)
- 30) 河西千秋, 大塚耕太郎, 加藤大慈, 他監: 病院内の自殺対策のすすめ方 (医療安全推進ジャーナル別冊), (財) 日本医療機能評価機構, 東京, 2011.