

自殺未遂患者への対応

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

発刊に際して

わが国における年間の自殺者数は平成10年（西暦1998年）に3万人を超え、その後も2万5千人前後から3万人程度で推移している。この問題については社会全体で取り組む必要があることから、平成18年（同2006年）に自殺対策基本法が施行され、その翌年には自殺総合対策大綱が示された。つまり、前者において自殺未遂者に対する支援が明文化され、引き続きそのような支援の重要性についてより具体的に言及されるに至ったというわけである。自殺を図ったり、自傷に及んだりした患者らへのケアについての期待はこのように漸次高まって現在に至っている。

さて、我々の救急医療の現場においては、上記のような患者らに稀ならず対応している。これらの自殺企図、自傷関連行動は、自殺を遂げてしまうという観点からみるなら、その危険因子の中で最も大きなものである。つまり、自殺を予防しようという取り組みをするなら、我々の現場でそのような患者らに適切なケアを展開することが極めて重要であるということである。そのような患者について医学的には、身体的な診療と精神医学的な診療とが同時に行われ、後者の場合の多くにおいて患者自身の健康に関する問題、家族との問題、経済的な問題などが明らかとなり、心理社会的な側面からの支援なども求められることとなる。

論理的に言うなら、臨床の現場において上記のような診療、支援について時宜を逸することは許されない。しかし、我が国の実情をみると、救命救急センターなど病院の救急部門に精神科医が配されている例は少なく、多くの場合は精神科医にコンサルテーションを行うか、または精神科医が病院にいないのでそれすらできないという水準にある。日本臨床救急医学会は医師、看護師、救急隊員、その他のコメディカルらが協働して良質なケアを達成しようとするものである。そこで、救急医療の現場において精神科医による具体的な支援が直接的に得られない状況でそのような患者に遭遇しても、我々スタッフが一定程度には臆することなく対応し、その後に遡ってもそれなりに妥当なケアであったと評価されるような「手引書」を作成するに至った。

この「手引書」は、精神科医が直接的に具体的な介入をする水準には、はるかに及ぶものではない。このことは当然であるが、精神科医の支援が得られない現場においても「できればこのようなケアを実践されたい」という内容を示している。医療の質という観点からみれば、「乏しいストラクチャーにも関わらず、この程度のプロセスは宜しく」ということ示した、まずは第1版である。救急医療の最前線に位置する我々にとって、自殺企図、自傷関連行動を示した患者らへの対応の手引きとして大いに活用されることが期待される。そのようであれば、引き続き改訂版へと発展することができると思われる。

本手引きの発刊により我々の現場でのケアの質が向上し、患者によりよい医療が提供できることを切に希望するところである。

平成21年3月31日

日本臨床救急医学会代表理事

有賀 徹

「自殺未遂患者への対応：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」作成班

有限責任中間法人 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」

担当理事

有賀 徹（昭和大学）

委員長

三宅 康史（昭和大学）

委員

大塚耕太郎（岩手医科大学）

岸 泰宏（日本医科大学）

坂本由美子（関東労災病院）

守村 洋（札幌市立大学）

柳澤八恵子（聖路加国際病院）

山田 朋樹（横浜市立大学）

協力

伊藤 弘人（国立精神・神経センター）

河西 千秋（横浜市立大学）

本手引きは、平成20年度厚生労働科学研究費補助金
（自殺未遂者および自殺遺族等へのケアに関する研究）
の研究班と共同して原案を作成し、その支援を受けて
日本臨床救急医学会が作成した。

手引きを使用するにあたって

- 1) この手引きは、救急部門において自殺を企図した患者へのケアを行うときに、関与する救急部門のスタッフが参照するのに適するものとしてまとめられた。
- 2) この手引きで想定されているのは、精神科医による具体的な支援が現場において直接的にすぐには得られないという状況である。病院に精神科医が勤務していなければ当然であるが、勤務していてもしばらくは連絡がとれない状況も含まれる。
- 3) この手引きに沿って患者のケアが開始されるのは、患者の身体的な診療に一定の目処がつき、患者の意識が回復してからである。このようなアプローチの具体的なタイミングについては本文を参照されたい。
- 4) この手引きは、患者が自殺を図ろうとする危険性を測り、精神状態の変化を把握し、再企図への危険因子を探るなど、医療チームとして可能な限り適切なケアの方法を示している。同時に、患者にとって安全な退院、引き続き外来診療などへの連携なども含んでいる。これらは、我々の現場における限られた医療資源の範囲内であっても、当面の、実践可能な効率的な方法である。ここには我々医療者にとっての安全を確保する観点も込められている。
- 5) この手引きには、身体的な問題に対処するにあたり、精神医学的な診断を下すアルゴリズムなどについては記述されていない。精神科医による具体的な支援が現場においてすぐには得られない状況で、可能な限りという条件のもとで、初療の段階から標準的なケアを行い、精神科専門医への円滑な連携を試みる方法が記載されている。
- 6) 救急部門のスタッフにとって、自殺企図、精神科受診歴、再企図、薬物中毒、自傷行為などの情報は、救急診療の要請があっても尻込みする理由となっていることを否めない。この手引きは、そのような“苦手意識”を克服し、ケアの全般にわたる“不安・心細さ”を和らげる一助となるであろう。そうであれば、この手引きの目的の大半は達成される。
- 7) この手引きは、該当する救急患者のケアなどについて経験豊かな医師や看護師によって作成されている。しかし、その内容は、我々の現場における限られた医療資源の範囲内での方法についてであって、必ずしも医学的に明確な根拠に基づいているものではない。言わば、当面の“手引き”であって、標準的な医療を示す“ガイドライン”と呼ぶ水準には至っていない。このことを十分に認識しつつ、関与するスタッフ各位にはこの手引きを積極的に利用し、批判を加えていただきたい。多方面からのご意見を踏まえた上で、第2版、第3版へとバージョンアップしていきたいと考えている。

平成21年3月31日

日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する委員会」委員長

三宅 康史

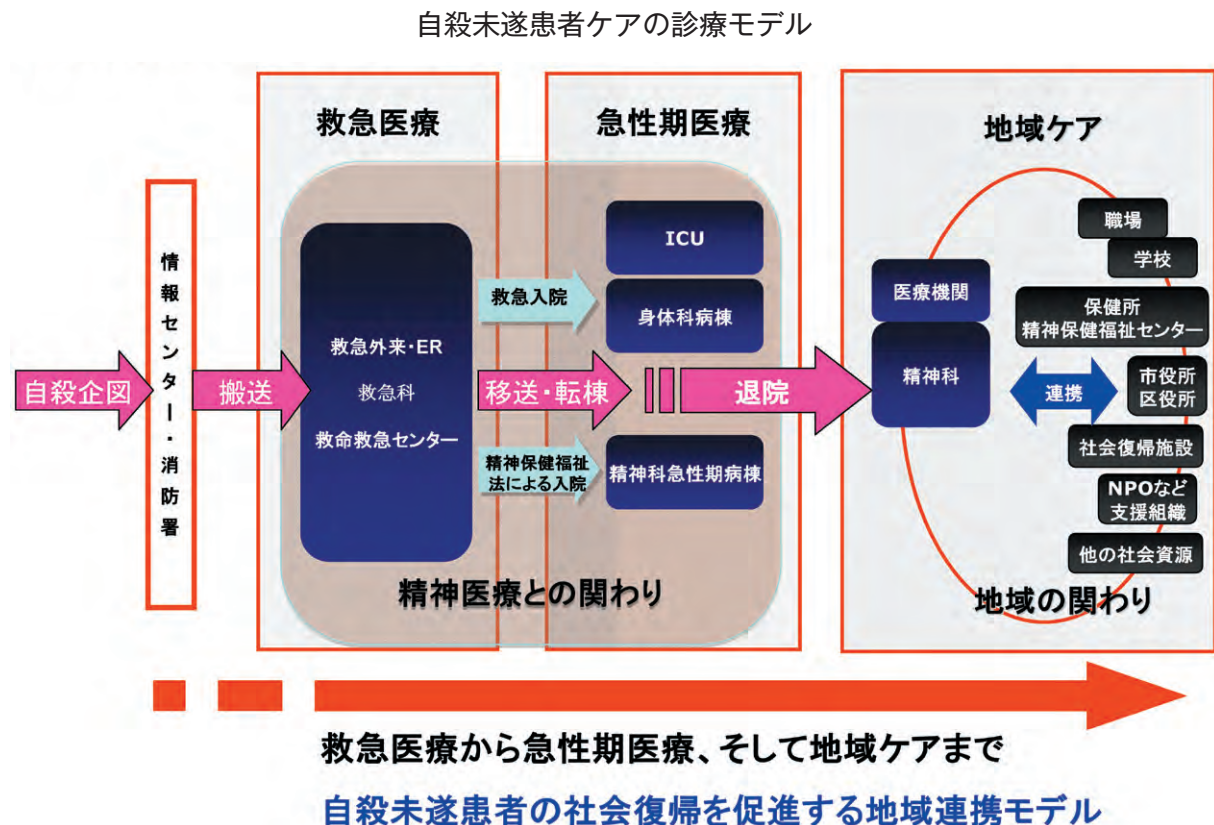
※自殺企図とは、自殺を意図して行った行為をいう。自殺未遂とは自殺企図の結果、生存している場合をいう。死に至った場合は自殺（既遂）となる。

目次

発刊に際して	iii
手引きを使用するにあたって	v
I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ	1
II. 救急医療の現場での自殺未遂患者への 対応のフローチャート	3
i) 情報収集 ii) 自殺企図の手段と重症度の確認 iii) 自殺企図の有無の確認 iv) 現在の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）の確認 v) 危険因子の確認 vi) 外来での対応と入院適応の評価 vii) 入院後－ICU、病棟での対応 viii) 退院時までに行うべきこと 1. 確認すべきこと、やるべきこと 2. 退院の判断に慎重を要する患者とは 3. 精神科へのコンサルテーション 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割	
III. 対応の流れ（看護師編）	17
IV. 対応の注意点	20
■ 1 対応の基本 ■ 2 すべきこと ■ 3 してはいけないこと	
V. 家族への対応	24
VI. 再企図予防に関する情報提供	25
あとながき	26

I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ

自殺企図により医療機関へ搬送された患者は、その後も自殺の危険性が高いため、再度の自殺企図を防ぐことが重要である。自殺未遂患者に対して救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して、社会復帰に結びつけていくことが目標となる。下記に自殺企図者のケアの流れについて、概念図として示した。本手引きの該当する部分は主に救急医療と急性期医療の部分である。



【危機介入^(注)】

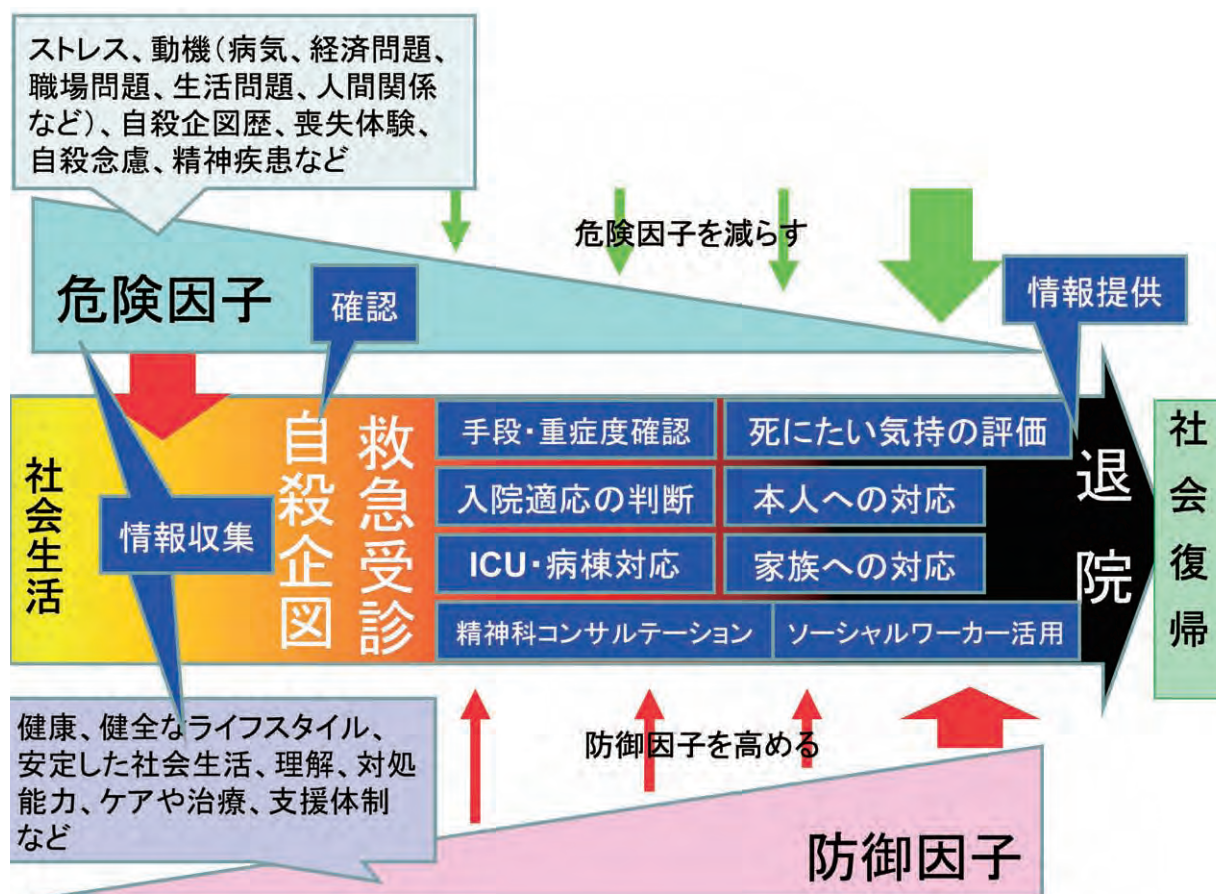
自殺未遂患者の多くは精神医学的な問題を抱えており、自殺企図の予防を含めた心のケアを実施する必要がある。医療機関では自殺企図者に対して、身体的・精神科的な治療を並行して行い、また精神科医など専門医とも連携をとる体制作りが求められる。

(注) 危機介入とは、自殺の危険性を回避させるために、自殺企図発生後に①即時的、②効果的、③具体的、④集中的、⑤短期的な対応を行い、社会復帰につなげることである。

【救急医療から急性期医療、そして地域ケアへ向けて】

救急受診後の急性期医療では、身体的治療に加えて、自殺未遂患者の背景にある精神障害への対応が必要である。精神医療の導入とともに、ケースワークを通じて、自殺未遂患者や家族へのさまざまな支援が必要であり、そのための連携体制の構築が必要となる。また自殺未遂患者には、継続的な精神医療と心理社会的支援が必要である。

救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応



自殺には、図で示したようなさまざまな危険因子が存在することが知られている。

図は自殺未遂患者のケアのストラテジーを簡略に示している。青の部分はフローチャートでも示した自殺未遂患者のケアとして実践すべき項目である。救急医療の従事者は自殺未遂患者のそれぞれの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、自殺企図の再発危険性を減らすことができる。

救急医療は自殺未遂患者に対するケアのフロントラインであり、再発を予防するための拠点にもなり得る。

Ⅱ．救急医療の現場での自殺未遂患者への対応のフローチャート

救急医療の現場では、身体的なケアだけでなく、自殺未遂という行為に対しても即時的なケアが必要である。自殺未遂患者ケアの目標としては以下の二つが重要である。

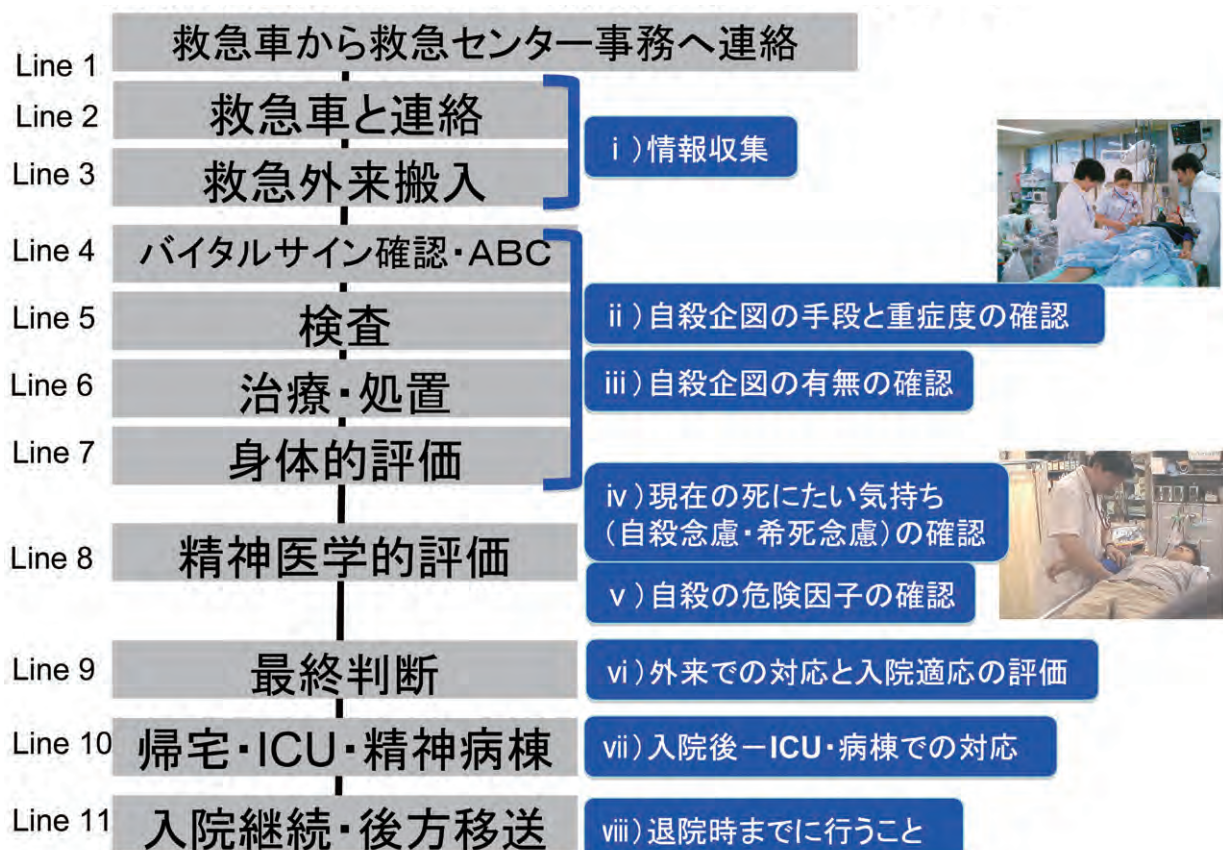
自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

実際には、下記のフローチャート（Line1～11）に沿って自殺未遂患者への診療を行うが、その際にとくに重要と思われる事項を i から viii に示した。

以下では、これらの事項について解説する。

自殺未遂患者のケア：現場でのフローチャート



i) 情報収集

患者が救急医療機関に搬送されたら、身体治療に関わる処置、検査だけでなく、直ちに下記に示した項目を、救急隊および家族や周囲から得ることが望ましい。受傷状況に関する情報把握は、身体治療を行う上で必要不可欠であるとともに、精神的ケアの方針を定める上でも欠かすことができない。

	救急隊	家族や周囲
バイタルサイン	●	
企図手段	●	●
発見状況	●	●
受診歴	●	●
生活状況	●	●
家族や支援者	●	●
遺書・動機	●	●
経緯・現病歴		●
その他の情報	●	●

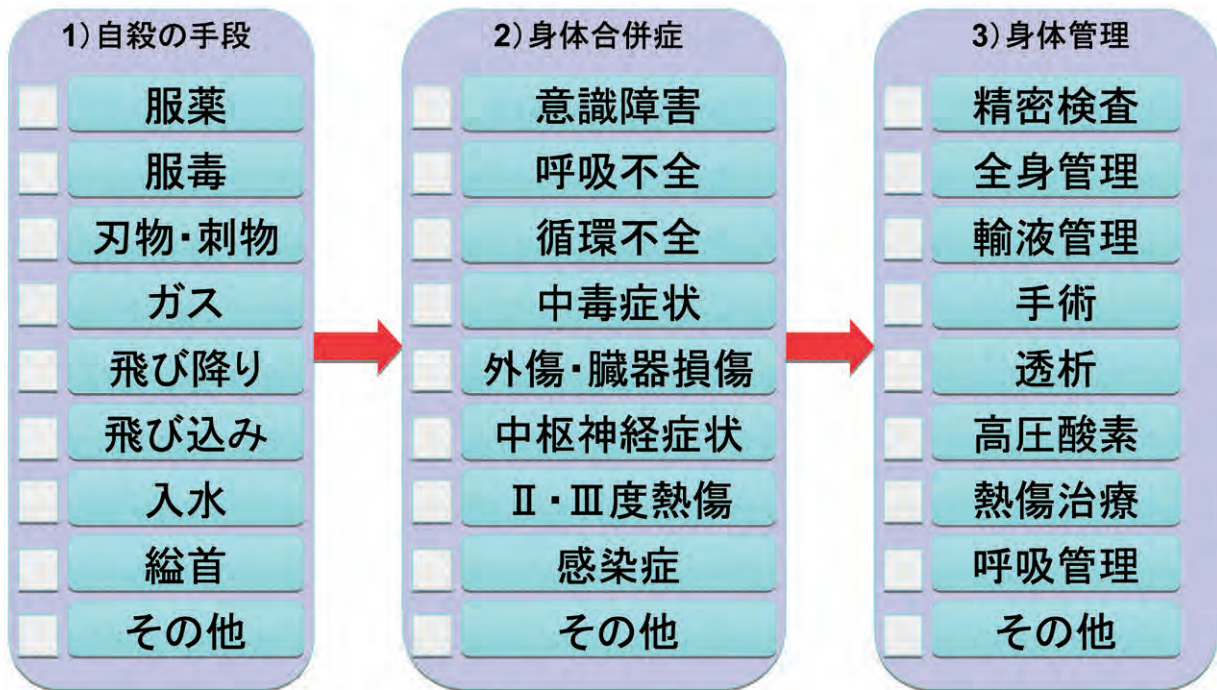
自殺企図者に関して、精神医学的なケアを含む救急医療を開始し、方針を決定する上で、救急隊から事実を正確に確認する必要がある。加えて、家族からも、これまでの経緯や動機などを確認する必要がある。

精神科医へのコンサルテーションの上で、下記の情報も非常に役立つ。

- ・年齢 ・性別 ・婚姻歴 ・精神科への自発的受診希望の有無
- ・主訴 ・病歴 ・精神科既往歴 ・家族歴

ii) 自殺企図の手段と重症度の確認

自殺企図の手段を確認し、身体所見の重症度から予測される身体管理を検討する。身体所見の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、身体科病棟での身体的治療を実施することが優先される。



1) 手段の確認

本人、家族、救急隊などから得た情報をもとに手段を確認する。必要によって尿中薬物検査、血中濃度測定などを行い、さらに原因の特定をすすめる。

2) 身体所見の把握

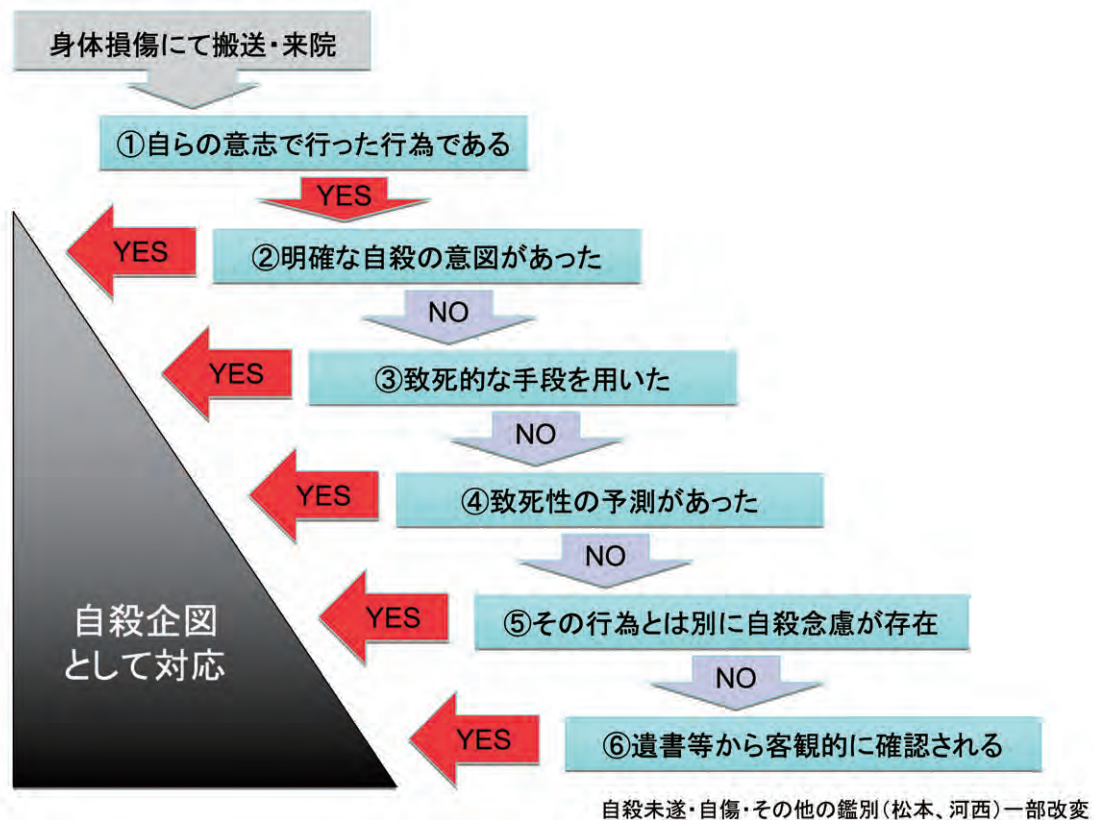
自殺企図に複数の手段を用いる場合や、それまでに自傷行為を繰り返している場合も少なくないため、十分に身体的検索を行う。

3) 身体管理

手段や身体所見をもとに、まず必要な身体管理を実施する。

iii) 自殺企図の有無の確認

今回の受診が自殺企図であることを、できる限り正確に確認する必要がある。



自殺企図の有無の確認

犯罪被害、薬物酩酊、身体疾患等を否定するために、自殺企図であったか否かの確認が必要である。以下の点から判断する。

①自らの意志で行った行為であるか？

他人から無理にその行為を強制されたなどであれば、否定的である。

②明確な自殺の意図があったか？

「症状が改善しないので、薬を多く飲んで治そうと思った」などであれば、否定的である。

③致死的な手段を用いたか？

「コーヒーを500cc飲んだ」など、客観的に死ぬ可能性のない手段であれば、否定的である。

④致死性の予測があったか？

「気持ちが楽になる程度の量の薬を飲んだ」などという場合は、否定的である。

⑤その行為とは別に自殺念慮が存在するか？

「落した物を拾おうとして道路に飛び出した」というような場合は、否定的である。

⑥遺書等から客観的に確認されるか？

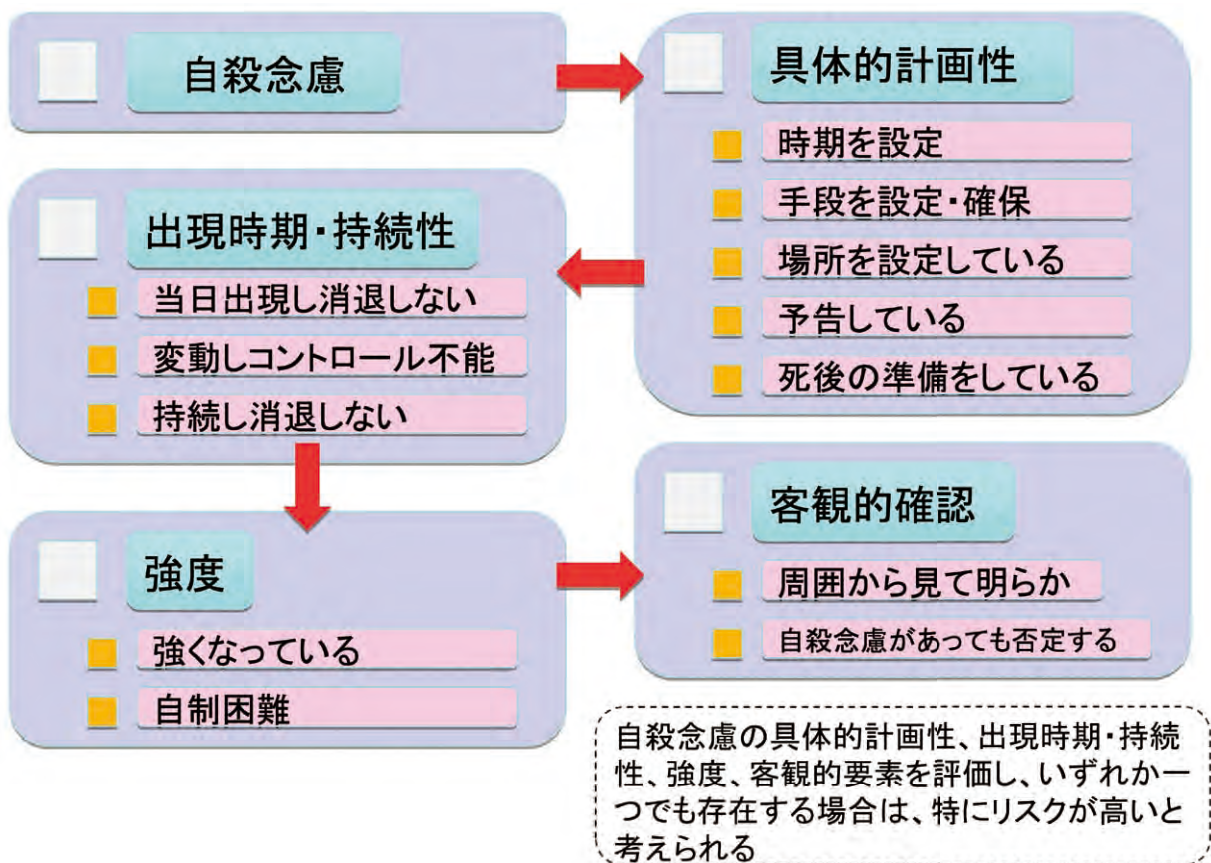
iv) 現在の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）の確認

自殺念慮を確認することは、自殺未遂患者のケアでもっとも重要なことのひとつである。強い
か弱い、いつからあるのか、どのような状況で自殺念慮が出現するのか、実際に自殺の再企図
の計画を立てているのか、ということ把握する必要がある。明らかに身体的に重症度が高い場
合には、入院を前提に話が進むが、身体的に重症でない場合には、帰宅させた上で精神科の外来
治療につなげるべきか、それとも精神科病棟での入院治療が必要か、ということ判断する。

死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）

「死にたい」という直接的言動だけでなく、「いなくなりたい」「ずっと眠っていたい」という
間接的言動も自殺を願望する、あるいは示唆することがあるので注意を払わなければならない。
これらがあれば、以下を確認する。直接的に「死にたくなることはありますか」と聞くことがた
められる場合は、「死んでしまいたいくらい辛いことは…」「もういなくなってしまうと思
うことは…」などと尋ねる方法もある。

- ①希死念慮：死を願う気持ちのことだが、自殺までは考えていない場合
- ②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
- ③計 画 性：自殺の手段や場所、決行時間まで具体的に考えている場合には、自殺の危険が高い



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と判断される。

1) 時期を計画している

例)「〇月〇日に」とか「〇の記念日に…」等

2) 手段・方法を計画している、確保している

例) 練炭を買っている、ロープを用意している等

2. 出現時期・持続性

衝動的に高まる、あるいは変動が激しく制御不能、慢性的に、あるいは日常的に持続し消えない、等は危険性が高い。

3. 強度

強く確信的な希死念慮・自殺念慮は危険性が高い。

4. 客観的要素

本人が言明していなくても、希死念慮・自殺念慮が周囲から見て明らかな場合、あるいはそれらがあるのに否定する場合は危険性が高い。

v) 危険因子の確認

自殺念慮を認めた場合はいうまでもなく、自殺念慮を否定している場合でも、自殺の危険因子を認めた場合は自殺の再企図の危険性が高いと考える必要がある。

☐	過去の自殺企図・自傷行為歴
☐	喪失体験 身近な者との死別体験など
☐	苦痛な体験 いじめ、家庭問題など
☐	職業問題・経済問題・生活問題 失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活
☐	精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み うつ病、身体疾患での病苦など
☐	ソーシャルサポートの欠如 支援者の不在、喪失など
☐	企図手段への容易なアクセス 「農薬、硫化水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など
☐	自殺につながりやすい心理状態 絶望感、衝動性、自殺念慮・希死念慮、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など
☐	家族歴
☐	その他 診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

自殺企図者の再企図を防止するために、現在の死にたい気持ちと危険因子を相互に考慮して、判断していく必要がある。

vi) 外来での対応と入院適応の評価

①入院適応について

救急外来を受診した自殺未遂患者（自傷患者の一部を含む）については基本的に入院治療をまず考慮すべきである。その理由として以下の三点が挙げられる。

- 1) 自殺再企図を防ぐため集中的な治療介入を行う場を提供する
- 2) 精神科へのつながりを行うための猶予となる時間を捻出するため
- 3) 入院自体が精神安定作用をもたらすこと

原則として、頑なに入院を拒否している場合を除けば、入院を勧めることが望ましい。しかし、精神科病棟への入院ではないためハード、ソフト両面において精神症状への関与に限界があることを患者家族に説明しておく。

②基本的な対応法

1) 自発的受診

意識障害がなく、患者自らまたは家族などの説得に応じて受診するケース。希死念慮が強い場合には、とくに入院を考慮する。

2) 非自発的受診

意識障害があり救急車搬送により受診するケースと、患者は拒否しているが、家族などが連れてきたケースとがある。前者は多くの場合JCS2桁以上で救急医療施設への入院となる。後者にも入院を勧めるが、充分時間をかけて説得しても拒否されることが多い（→その際の対応は③へ）。

3) 違法行為者の場合

他害行為と自傷行為を同時に行った患者や、麻薬等の違法使用が原因で自損行為を行った患者であっても、診療の上で差別してはならない。いかなる時でも治療は身体症状の程度に応じて行う。他害行為については警察への通報が必要であり、患者に麻薬等の使用があると診断した医師は「麻薬及び向精神薬取締法第58条の2」によって氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由を患者の居住地の都道府県知事へ届けなければならない。

4) 激しい精神症状が存在する場合

興奮状態となって暴れたり来院後も自傷行為を行うような場合には、自殺再企図につながる危険物を排除し、一人で行動しないようにするなど安全確保および保護を行う。著しい精神症状で身体的治療が十分に行えない場合、向精神薬による鎮静を考慮する。また、医療スタッフの安全確保に注意をはらう。

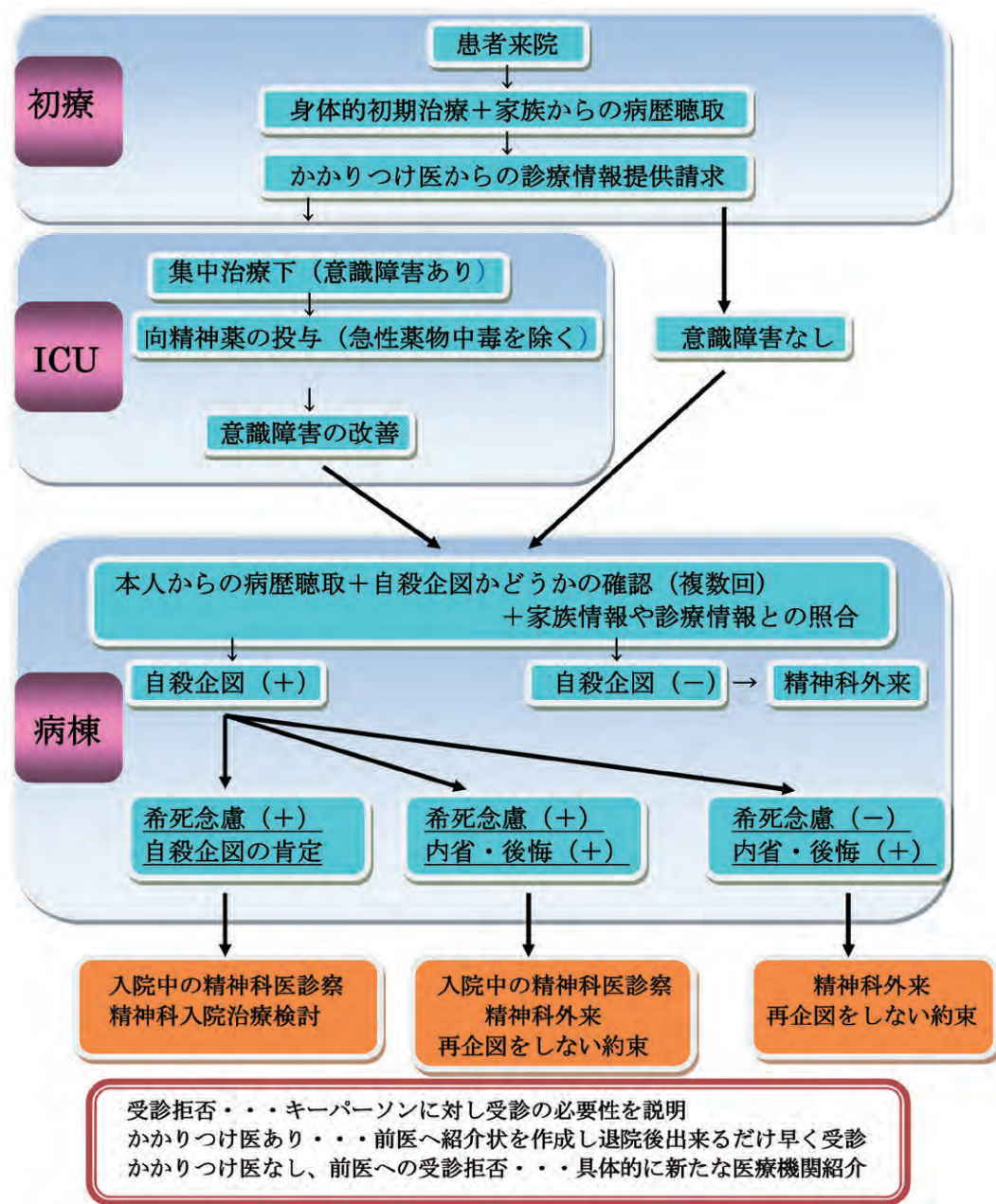
精神科医がすぐに診察できる状況であれば診察を要請するが、それが不可能であれば付添いの家族などに要請する。単独での受診であればすみやかに病院から警察へ通報し保護を依頼する。

③外来で帰宅させるときの注意点 [vii-② (p.12) も参照]

自殺未遂患者を帰宅させる場合は、精神科医療機関（かかりつけ医が精神科医療機関の場合はかかりつけ医も検討）へ紹介することが望ましい（近隣に精神科医療機関がない場合には、本人、家族と帰宅後のケアについて具体的に話し合う必要がある）。

- 拒否が強く入院の説得に応じない患者であっても、帰宅間際に再度入院を促してみる（例:「入院した方が安全と思います」）。
- 家族などには、帰宅後も患者からできるだけ目を離さないように要請し、できるだけ早く（当日、翌日が望ましい）精神科医療機関への受診を“家族同伴”でするように勧めておく。
- 原則として単独では帰宅させない。身元不明者は警察対応が必須で、保健所、精神科救急窓口への連絡も必要である。
- 常勤の精神科医がいる病院では、日中はもちろん夜間・休日でもできる限り診察を依頼し、不可能であれば電話等でアドバイスを求める。
- かかりつけ医の有無にかかわらず、受診に至る経過と処置に関する内容を簡潔に記載した診療情報提供書を作成して持たせる。
- 精神科医療機関へは医師やケースワーカーから直接連絡するよう努める。身体所見の重症度、病歴、治療経過、自殺の危険性、家族等の支援状況、本人の受診の意志などを伝える。紹介にあたっては受診予定の日時等を確認して、その上で情報提供書を作成することが望ましい。また、夜間等で医療機関に連絡がとれずに帰宅させる場合でも、紹介先の精神科医療機関や受診日、受診時間、受診形態（家族同伴など）を具体的に話し合うことが望ましい。

vii) 入院後－ICU、病棟での対応



① ICU入室後

1) 意識障害

多くは意識障害、あるいは人工呼吸器管理のため鎮静下にある。その間は家族などからできる限り多くの情報〔Ⅱ-i）（p.4）参照〕を収集する。また、かかりつけの精神科医療機関から速やかに診療情報提供書を取得し、診断、向精神薬の服薬内容などを把握する。

2) 不穏・興奮

危険物を排除し、医療スタッフの安全確保および患者の保護を行う。しかし、たとえば意識障害下で不穏・多動が著しく、本人の身体的治療の安全性が確保できないと判断される場合は、家

族等への説明の後、徒手拘束することも検討する。興奮症状の大半は意識障害によるものであるため、鎮静を強化することで対応する。意識清明である場合は、出来るだけ本人の訴えに耳を傾け、実施可能な内容であれば応じる。

3) 有効な薬物治療法

鎮静薬の減量に伴い、不眠、せん妄、精神運動興奮、頻呼吸、頻脈などが出現することも多いため、向精神薬を開始する。

② ICU退室後

1) 意識障害の改善後に確認する事項

鎮静薬投与終了後まもなくは、表面的には意思の疎通がとれてスムーズに会話が進んでいるようでも、患者は会話内容も誰と会話したのかも記憶していないことが実は多い。下記の事項については、退室直後と半日以上空けて再度患者に質問して確認する必要がある。必ず確認することは以下の3つである。

- ① 今回の行為は自殺企図か否か
- ② 今回の行為を肯定しているのか、それとも後悔や内省^(注)ができているか
- ③ 希死念慮がいまだ存在するか

(注) 内省：自分の心を観察すること。冷静なふりかえり。

2) 自殺に関する話題の聞き方とタイミング

自殺未遂患者と自殺の話題について話すことは、医療者にとって心理的ハードルが高い。しかし、上記に示した①～③の項目については遅滞なく聞き出すことが重要である。患者とのコミュニケーションがある程度確立されていれば、それらの質問によって患者の精神状態が増悪する危険性は低い。一方で自殺企図そのものにまったく触れない対応は不自然である。なお、自殺の話題をするときには、自殺企図についていたずらに批判的になってはならない。[Ⅳ. 対応の注意点参照]

3) 帰宅要求の強い患者

自殺未遂患者は全例において、自己判断で退院を要求する可能性があることを入院時にあらかじめ家族などに説明し対応を決めておく。家族にはいつでも連絡がとれるようにしておいてもらう。

身体的に入院加療の継続が必要と判断される場合には、本人にその旨を説明し説得を試みる。それでも、理解が得られず退院を要求する場合には家族に来院を求め、患者－家族間で話し合いの上で、判断してもらう。意識清明で、完全に判断力が欠如しているわけではない患者を、本人の意志に反してとどめ置くことができない場合もある。

viii) 退院時までに行うべきこと

1. 確認すべきこと、やるべきこと

1) 自殺の危険性の再評価

前述したように、①今回の行為は自殺企図か否か、②今回の行為を肯定しているか後悔しているか、③希死念慮がいまだ存在するかについて再確認する。今回の行為が①自殺企図であったとしても、②後悔・内省があり、③希死念慮が消退または減少していれば退院は可能と考える。

2) キーパーソンと支援体制の確認

患者にとってのキーパーソン（多くは家族）には原則的に来院を求める。ケースにより家族以外がその役割を担う場合もある。内縁関係など患者と密接な関係にある人々には、状況を説明して協力を求める。生活保護者であれば役所の保護担当者と連絡を取り、キーパーソンが存在しないケースは保健所や市町村等の障害福祉担当課など（精神保健、難病、母子、児童、高齢者など）と調整する。ソーシャルワーカー等に連絡し、ソーシャルワークにつなげることも検討する。

3) かかりつけ精神科との連携

かかりつけ精神科医がいる場合には、精神科医への診療情報提供書を作成する。主治医が失念している場合は、医療チームとしてこれを促す。退院時にはこのような返信を忘れないことが重要である。

2. 退院の判断に慎重を要する患者とは

- 自殺企図に対する後悔の念がなく、内省が得られていない。
- 精神疾患名にかかわらず、不安・焦燥感が強く、不眠が遷延している。
- 統合失調症や気分障害（うつ病、躁うつ病等）でその中核症状（幻覚・妄想、精神運動興奮、自責の念、精神運動抑制、絶望感など）が活発に存在する。
- 希死念慮が依然として強い。
- キーパーソンが不在か、居ても役割を果たすことが困難である。
- 金銭面、居住地がないといった問題で、退院後の生活に目処がまったく立たない。
- 患者・家族がともに精神的な治療を目的とした治療を望んでいる。
- 患者の抱える問題に対し、なんら解決方法が示されていない。
- 今後の精神科治療の目処（通院先など）が立っていない。
- 患者をサポートする関係機関に、まだ情報提供がなされていない。

3. 精神科へのコンサルテーション

自殺企図の場合、あるいは疑いに留まる場合でも、身体治療の目処がたったら、できるだけ早く精神科医など専門家へのコンサルテーションを検討する。また、患者の意識がない場合でも家族の同意を得て、専門家との相談に結びつけることを検討する。

また、消長を繰り返す（強くなったり弱くなったりする）「死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）」、繰り返される自殺企図、強い不安や焦燥感・衝動性、生活上の問題やストレス、生活の破綻のような危険因子の存在と、それに不釣り合いな支援の乏しさなどといったものがある場合は、とりわけ自殺の危険が高い状態と考えられる。



1. 救急医療機関に精神科医がいない場合のコンサルテーション

- 1) かかりつけの医療機関へ
- 2) 精神科救急の基幹病院へ
- 3) 身近な精神科医療施設へ

2. 精神科医がいる場合のコンサルテーション

- 1) 施設内の精神科医へ
- 2) 施設内の精神科医を通じて、かかりつけ医療機関や精神医療施設へ

3. 病状説明書，入院診療計画，退院療養計画書

- 1) 「自殺企図のため、精神科の診察を受ける」など精神科コンサルテーションに関する説明と記載。
- 2) 情報提供の部分でも述べたように、精神科医へのコンサルテーションの上で、身体的治療経過とともに精神医学的に下記の情報も非常に役立つ。
 - ・年齢　・性別　・婚姻歴　・自発的受診の有無
 - ・主訴　・現病歴　・精神科既往歴　・家族歴

4. 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、具体的に紹介すべき理由を伝える。
- ・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。
- 可能なら精神科医に直接連絡をとる。
- かたく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。

4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割

1) 救急スタッフがソーシャルワーク関連の業務として行うこと

- (1) 動機になりうる心理社会的な問題を抱えていたら、本人または家族や支援者をソーシャルワーカーあるいは病院事務に紹介する。
- (2) ソーシャルワーカーが不在の場合は、精神保健福祉センター、保健所、関連の相談窓口などを紹介する。



2) 救急医療現場におけるソーシャルワークについて

経済問題や生活問題を抱えている人の相談にのり、最適な社会資源のサービスを用いて、問題解決をはかることをソーシャルワークといい、それを実践するのがソーシャルワーカーである。自殺未遂患者の多くは医学的問題に加えて社会的問題を抱え、それが自殺企図の背景をなす精神疾患の発症、再発にも関連していることが多い。したがって救急担当医は、患者に対してソーシャルワークが導入されるよう配慮しなければならない。

3) ソーシャルワークの実践

たとえば、救急センターにおける精神科対応ケースの多くは自殺未遂患者であるが、その約半数は経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えているにもかかわらず、相談相手がいない状況にある。また、そのような相談者がいる場合でも、精神科外来や家族といった限られた範囲以外に有効な相談先がないということがほとんどである。したがって、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。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、看護師やソーシャルワーカーなどのコメディカル力を借りて、患者の抱える心理的・社会的問題やニーズが明確化されるように努力すべきである。そして、以下のソーシャルワークの導入をサポートすべきである。

★精神科関連ソーシャルワークの具体的内容

SW1. 問題点抽出

- 患者の心理社会的問題に関する情報収集を行う。
- 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。
- Line1-2、Line8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を行う。

SW3. 介入目標設定

- ソーシャルワーカーを要請する。
- 現実的で達成可能な目標を設定する。
- 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を行う。

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を提案する。

SW5. 短期的介入

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

SW6. ソーシャルワーク導入

- 継続的な相談・支援体制を構築する。
- 担当者の紹介を行う。
- 介入目標と介入計画について確認する。

Ⅲ. 対応の流れ（看護師編）

自殺を図った後に救命救急センター等に搬送された場合には、まず緊急の身体的治療が施される。多くの場合には身体的評価と並行して精神的評価も行われるが、その際に患者にもっとも身近な存在としてその役割を果たすのが看護職である。

1. 自殺についての話題から逃げない

対応にあたっては「TALK」の原則が重要である。すなわち、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）、相手の訴えに傾聴する（Listen）、安全を確保する（Keep safe）、のそれぞれの頭文字をあててのTALKである。

「TALK」の原則

Tell；誠実な態度で話しかける

Ask；自殺についてはっきりと尋ねる

Listen；相手の訴えに傾聴する

Keep safe；安全を確保する

自殺の話題を避けたり、刺激を与えないようにしたりと、腫れ物に触れるかのような関わり方をしてしまうのが一般的な反応であるが、自殺の話題を避け、現実から目をそらしてはならない。なぜなら自殺企図をしたことは事実であり、その結果、救急室に搬送されたことは現実のことだからである。むしろ、真摯な対応で自殺と向き合うことは危険なことではなく、再企図の予防になりうるものである。

具体的な関わりとしては、徹底して聞き役に回ることである。いわゆる「傾聴」である。看護師には、自殺未遂患者の評価が求められているのではなく、自殺した気持ちに共感することが求められているのである。そのためには受容的な態度で、訴えを全身で聴くことが重要である。

また、沈黙も有効に活用する。沈黙は愛情、同意、敵意、無視などさまざまな意味をもつ非言語的コミュニケーションの一つである。沈黙で患者が表現したいことを察知することも重要であり、沈黙の時間を大切にすることがコミュニケーションの幅を広げる。

【傾聴として好ましい対応例】

「とてもたいへんな思いをしたのですね」

「とっても辛かったのですね」

「話せる範囲で構わないので、私で良かったら話していただけますか」

など

2. 逆転移の危険性

逆転移とは、治療者が被治療者に対して無意識に自分の感情を向けてしまうことである。救命救急医療の場面では、医療従事者が自殺未遂者に対して否定的な感情を向ける（陰性逆転移）ということがないように留意しなければいけない。不用意な態度や発言は、患者の自殺念慮を助長・再燃させてしまうことがある。

【やってはいけない対応例】

言 語

「こんな方法じゃ死ねないよ」

「死ぬ気になれば、なんでもできるでしょう」

「自殺は、してはいけないことだ」、など

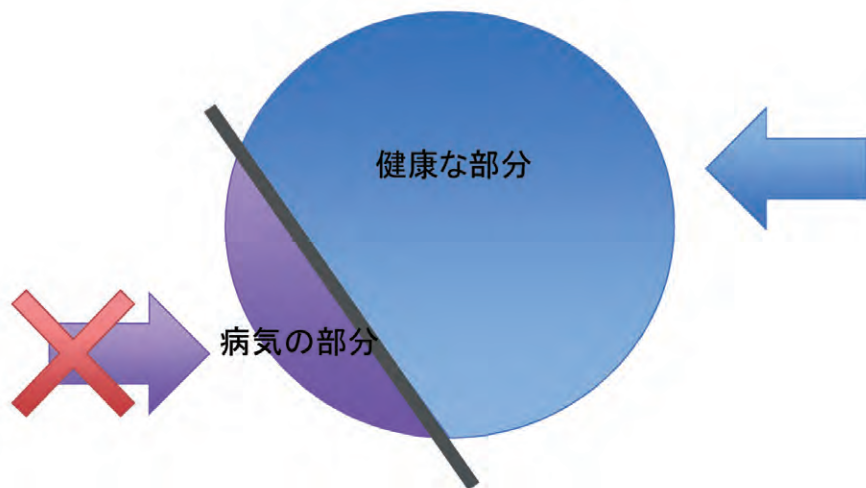
態 度

「他にも命を助けたい人がいるので」と忙しいそぶりをする

「ここ（救急部）に入ったから大丈夫でしょ！」と相手にしない

3. こころの病む人の健康な部分に注目して関わる

看護師はこころを病む人の健康な部分に注目して、その部分を引き出し、その力を支えることが重要である。たとえば、統合失調症で幻覚妄想状態を呈する場合、その幻覚や妄想の多くは自殺未遂患者に不安や恐怖をもたらす。その不安を軽減するために、現実を目を向けることができるように関わる必要がある。つまり、幻覚妄想の世界である「病気の部分」ではなく、現実的な生活に直面した「健康な部分」に注目して関わることが重要である。



【幻覚妄想状態を呈する自殺企図者への好ましい対応例】

自傷他害を予防する

救急の現場にある危険物から遠ざける

安全を保障する

「今ここにいるのは、あなたと私だけだから大丈夫ですよ」

現実に関心を向ける

「私には聞こえたり感じたりしませんが、〇〇さんにはそう感じるのですね」

幻覚妄想自体への対応

幻覚妄想の否定も肯定もしない

常時、幻覚妄想の世界にいるわけではない（「訴え」の意味を確認する）

妄想を発展させたり助長させたりしない

4. 看護におけるチームの連携・交渉・調整

救急医療のなかで、とくに常勤の精神科医がいない臨床現場に従事している看護師にとって重要なのは、再自殺の危険や予兆を察した時に、その内容を精神科看護師や精神科医に報告し、交渉および調整する能力を強化することである。そのためには常日頃から、自殺予防に関するカンファレンスや検討会を開催し、自分たちの知識および技能を高めるとともに、連携できる関係を形成しておくことが必要になる。

また、その連携は病院内だけにとどまらず、地域の関係者との連携を密にしておくことが自殺予防に寄与する。自殺予防に必要な基本的知識及び対応方法（技術）、それぞれの専門性を尊重し、互いに学び合う姿勢をもつことが重要である。

IV. 対応の注意点

1 対応の基本

i) チーム医療

自殺未遂患者には身体・精神両面にまたがる多方面からの治療的アプローチが必要であるため、必然的に多職種（看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、救急医、精神科医、心理士など）が関わるチーム医療の形態をとることになる。それぞれの職種が果たすべき役割を速やかに遂行することが第一であるが、職種によって患者への関わり方、関わる視点および内容が異なることや、時に患者の言動に巻き込まれスタッフが互いに振り回されることを避けるために、常にコミュニケーションを欠かさず、必要時にはいつでも集合し短時間のミーティングを開いて患者に関する情報を共有し、統一した対応の徹底を図る。

ii) コミュニケーションの要点

①基本的なことから

- 救急現場での医療従事者にとって、自殺未遂患者・自傷行為者に対する治療は避けて通れないことを肝に銘ずる。自らの中に患者からの逃避願望、患者に向けた嫌悪感や怒りの感情などが生じて、決して言動にあらわさない。
- 救急医療の現場では、コミュニケーションに十分な時間がとれないことが前提としてあることを心に留める。よって、「また、今度にしておこう」という発想は禁物である。初回のコンタクト時からその場で聞けること、できることは遅滞なく行う。しかし、焦って聞き出そうとしてはならない。
- 希死念慮の有無、今回の行為が自殺企図か否かについて複数回確認する。患者が事実や本心を隠している場合や、軽い意識障害の影響で返答が正確でないことがある。
- 自ら解決方法を提示できない限り、患者と患者周辺の問題に深く入り込みすぎない。患者の訴え（幻覚・妄想なども含め）には無制限につきあわず、時間を決めて対応する。
- 違法行為、迷惑行為（病院内のルール違反など）、脅迫行為については、自殺未遂患者とその家族といえども毅然とした対応をとる。
- 患者の攻撃的、反抗的、医療者を無視するような態度がみられても、意識障害によるものであることが多い。“性格が悪いせい”などと決めつけず、家族に入院前の本人の様子について聴取し現在の状態と対比する。

②心構え

- 医療者がもつ不安感、無関心な態度を自殺未遂患者は敏感に感じ取ることを知っておく。
- 患者に対して、医療者は適度な距離を置いて対応する必要がある。近すぎても、遠すぎてもいけない。
- 冷たく、無関心で、批判的な対応は、医療者が抱く患者に対する不安のあらわれであり、自殺再企図防止にまったく貢献しない。
- 一方で、医療者は自らが「なんとかしよう」という思いを強く持ち過ぎず、患者を関係機関、専門機関（精神科も含む）につなぐ役割を第一の立場とする。
- 自殺未遂患者は「死にたい」と言うが、同時に「生きていたい」と考えている。言い換えれば、「生きているには辛すぎるから死を選ぶしかない」と感じている。100%死にたい人はいない。

2 すべきこと

①対話の際にとるべき姿勢

- 傾聴……黙ってひたすら患者の言葉に耳を傾け、真剣に聞く態度。
- 共感と受容……患者の言葉をまず一度全面的に受け入れ、理解しようとする態度を示す。同時に入院中の安全を保証する。
- ねぎらい……来院したことそのもの、心の内を吐露してくれたことをねぎらう。
- 両価性……自殺未遂患者は「死にたい」「生きていたい」の両方をさまよっている。白でも黒でもなくグレーゾーンにある患者の気持ちを理解する。
- 死以外の解決方法を考える……患者は「死ぬことが唯一の問題解決方法である」と考えている。問題を解決するための他の方法について一緒に考え、探す努力をする。
- 患者の気持ちに焦点をあてる……自殺企図、自傷行為によって生じた身体面の問題だけでなく、そこに及んだ動機・心理的背景も積極的に取り上げる。

②忘れてはならないこと

- 自殺企図の原因について必ず聞く……聞かずに退院させることは、お腹が痛いと訴える患者に、何も聞かずに痛み止めの処方だけをするような態度に等しい。
- 死の意志を伴って行った行為かどうかを聞く（複数回）……退院の可否判断に直接つながるため、確実な情報を聴取する。
- 本人と家族の両方から情報収集する……自殺企図につながる動機や最近の精神状態についての

情報が、双方で必ずしも一致しない。正確な情報の共有につなげる。

- **必ず精神医療に結びつける（非受診者）**……自殺未遂・自傷行為患者のほとんどが精神的な問題を抱えている。そのため、すべてについて精神科治療機関への受診を促す。「どこかに受診してくださいね」とアドバイスするだけでは具体性に欠け、その後患者はまず受診しない。できるだけ具体的に受診先を選定したり、行政（保健所等）を紹介するとよい。
- **自殺をしない約束**……真摯な態度で患者の話に耳を傾けた後に、「同じ行為を繰り返さない」約束をする。単なる口約束ではあるが一定の抑止効果がある。

3 してはいけないこと

- **安易な激励**……「がんばれ！」という激励は非常に曖昧で、具体性を欠く。患者はその言葉から「自分のことを理解してもらっていない」と強く感じ取る。何をどのように頑張ればどういった結果が得られるのかを具体的に示しつつ、励ますようにする。また、患者と医療者が“ともに頑張る”ことを強調する。
- **自らの価値観で相手を説得する**……人それぞれに置かれた立場や、取り巻く環境、育った背景はまちまちである。体の痛みが当事者しかわからないのと同じで、心の痛みも当事者しかわからない。自らの価値観で他人を説き伏せようとすることは、患者に対し「理解されない」という感情を抱かせてしまう。
- **患者に話をさせない、一方的に話してしまう**……傾聴と逆の形。自殺未遂患者は医療者に何かを教えてもらおうとはあまり思っていない。少しでも聞いて欲しい、感じて欲しいと思っている。
- **患者自身を批判・否定する（Goddamn syndrome）**……自殺未遂患者・自傷行為患者に対し医療スタッフが陰性感情を抱いて、患者に暴言（例：「死ぬ気なんか初めからなくせに！」「生きたくないなら仕方ないね」「自分でやったんだから我慢しろ！」）を吐いてしまうことをいう。一般に、自殺未遂患者は自分自身が存在する意義を見いだせないことが多いので、上記の発言は、患者を一層追い込み自殺既遂へのリスクを高める。
- **カタルシスを精神状態の改善と勘違いする**……自殺企図・自傷行為をきっかけに、それまで患者自身の中で極限まで高まっていたフラストレーション、ストレスなどが一時的に解消され、見かけ上精神状態が改善しているように見える状況を「カタルシスが得られた^(注)」という。しかし、患者を取り巻く環境は本質的に変化していないわけで、適切な対応をしなければ元の精神状態にいずれは戻ってしまう。精神科へのつなぎを忘れない。

(注)「カタルシスが得られる」とは、抑えられていたストレスや苦痛による感情や葛藤を言葉や行動で表出させて心理的な緊張を解くことである。

よくある対応困難例 Q & A

- 「死にたい」と繰り返す患者……同じ行為を決して繰り返さないよう約束する。「絶対しないとは言えない」「必ず同じことをする」という患者には、“しないよう努力する”ことを要請・約束する。
- 家族と会いたくないという患者……入院が患者と家族がお互いにじっくりと向き合う機会となることがある。面会は可能な限り行ってもらう。拒否的な発言とは裏腹に一生懸命話していることが多い。
- いわゆる“リピーター”……同一人物が頻回に繰り返す自殺企図・自傷行為に対して医療者も疲弊し、時に怒りの対象となりがちであるが、できるだけ淡々と対応するよう努める。「何度繰り返すのですか？」といった言葉で患者を批判しても、まったく治療効果はない。

V. 家族への対応

1. 基本的姿勢

- 傾聴……家族の言葉に耳を傾け、誠意をもって聴く。家族を評価しない。
- 共感と受容……家族の言葉や気持ちを認め、理解しようとする態度を示す。家族も本人と同様に苦悩を抱えている場合が多い。
- ねぎらい……家族が受診に付き添ったこと、話したことやこれまで支援してきたことをねぎらう。
- 家族の苦しみに焦点をあてる……起きた出来事の確認だけでなく、家族の苦しみや不安も話題として取り上げる。
- 協力・支援体制を一緒に構築する……自殺企図患者の治療に対して家族としても支援していく体制を考える。家族だけの負担ではなく医療機関も一緒に取り組む姿勢を伝える。
- 精神科治療やソーシャルワークなどの心理社会的介入が、本人の自殺の危険性を減らすことにつながることを伝える。

2. 家族の動揺を落ち着ける

- 治療者側がゆっくりと落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望ましくない。

3. 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. 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える

5. 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ソーシャルワークにつなげる

6. 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

Ⅵ. 再企図予防に関する情報提供

1) 救命救急医や精神科医からの情報提供がなぜ必要か

○現場で患者、家族に安心を与える

自殺企図で搬送された現場では、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

自殺企図で搬送された患者や家族は、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。

○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. 「救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応（p.2）」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性
→参照. 「Ⅰ. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ（p.1）」
- 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
→参照. Ⅱ. -viii) 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割（p.15～16）
- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

あとがき

わが国では平成10年（西暦1998年）以降、年間に約3万人の方が自殺で亡くなっている。また、それ以上の数の自殺企図者が存在していることが想定される。自殺企図による重症症例は救急医療機関へ搬送されるため、救急医療機関が自殺未遂患者のケアに果たす役割は大きい。

自殺対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法（以下、基本法）」が成立したことを受け、平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」でも、自殺未遂患者へのケアが具体的かつ重要な項目として位置づけられている。また、平成18年度から厚生労働科学研究「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」が開始され、平成20年3月には厚生労働省による有識者検討会で「自殺未遂者ケアガイドライン作成指針」が公表された。本手引きもこの自殺対策の流れをうけて作成が開始された。

自殺未遂患者ケアは身体的治療と精神医学的治療とを同時並行的に、しかも緊急的に実践しなければならない。これは非常に高度な医療であり、今後も救急医療が担っていくべき領域である。社会の救急医療への期待に応えるために、救急医療に従事する我々が自殺未遂患者のケアについて理解を深め、積極的に実践していくことを祈念する。

（耕）

この手引きに関するご意見がございましたら、日本臨床救急医学会
自殺企図者のケアに関する検討委員会までお寄せください。

〒164-0001

東京都中野区中野 2-2-3 （株）へるす出版事業部内

日本臨床救急医学会事務所

本書の文章および図の著作権は日本臨床救急医学会に帰属する。日本臨床救急医学会の承認を得た場合を除き、本書に記載されている文章および図版の転用や複製を禁ずる。

自殺未遂患者への対応

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

発 行 平成21年3月31日

発行者 日本臨床救急医学会

東京都中野区中野 2-2-3 （株）へるす出版事業部内

