

殺者遺族のリーフレット案の検討を行った。参加者からの意見を参考にして、「死別の反応・感情の記載」「相談の秘密の保持」「ひとりではないというメッセージ」等の内容に修正を行った。なおリーフレットの形式は、自殺未遂者用リーフレットと同様に、クリアファイルとし、相談窓口は、綴じ込み紙（地域毎作成）とし地域の情報を掲載できるようにした。

最後に「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 検討会」において、修正したリーフレットの内容について検討を行った。（山本・小山研究協力報告の資料を参照のこと）

D. 考察

本分担研究では、（１）自殺未遂者の支援のためのガイドライン作成のために課題の整理、および（２）自殺未遂者および自殺者遺族に必要な情報の提供方法の検討を行った。

1. 未遂者ケアガイドラインの課題の検討

自殺者の背景には多くの自殺未遂者が

あり、その自殺未遂が、その後の自殺の最大の危険予測因子である。しかし、本邦では、地域毎の自殺未遂者の発生やその受療行動などは明らかではない。また、先進国共通の問題として、自傷行為ないしは自殺関連行動の増加が言われており、このような関連行動への対策も重要であると考えられる。これらの対策を効果的に行うためには、まず自殺未遂や自殺関連行動の実態調査などが必要であろう。

自傷行為と自殺未遂、自殺は連続したスペクトラムと捉えることができる。さらに、アルコールの大量摂取、薬物乱用、食行動異常、医療受療の放棄、事故の可能性を顧みないような危険行動など、自らの健康を害するさまざまな行為を、自殺関連行動と捉える考え方がある。自殺関連行動は先進国共通の問題であり、自殺関連行動まで視野に入れた取り組みが、今後の自殺予防に欠かせないと考えられる。

2. 情報提供ツールの開発

一方、自殺未遂者および自殺者遺族に

簡易に情報提供できるようにするためには、情報が盛り込まれたリーフレットを手渡すのが現実的に容易と考えられた。このため、自殺未遂者や自殺者遺族に渡せる情報提供用リーフレットを作成するノウハウについて検討することとした。具体的には、以下の3段階で意見を収集した。

医療機関での対応以外に、自殺未遂者や希死念慮を抱く人やその周囲の人が、どこにアクセスしたらよいのか、どのような社会資源が利用可能なのか、といったことについて、情報の周知が必要である。

そこで本研究では、「利用可能な資源がある」という情報をより多くの対象者に提供することを第一の目的として、相談窓口を利用しようとする意識を高めるために必要な情報として、相談できる場所があるというメッセージ、相談してほしい人のメルクマール、具体的な相談窓口などを掲載したリーフレットを作成した。ただし、相談窓口については、地域特性を考慮して作成しなければ実効性は薄い

と考えられたため、研究班としては全国共通版クリアファイルを制作し、地域においてリーフレット（綴じ込み紙）で情報を捕捉してもらう方式を提案した。

こうした情報提供ツールの提供によって、地域の動機づけを高め負担感を低減することを狙ったが、実際により多くの地域に、より多くの施設・機関の協力を得て、積極的に活用してもらうためには、自殺予防についての関係者相互の理解と連携、協力、積極的な取り組みが従来以上に必要となると考えられた。

他方、並行して作成した自殺者遺族用のリーフレットは、遺族に適切な情報を提供するためには、自殺発生後の段階により、その必要な情報や配布方法について検討することが重要と考えられた。すなわち、自殺発生直後の危機介入の段階では、警察や救命救急センターといった、いわばフロントラインの職員から、遺族におきる反応についての情報が、少し落ちついた段階では、むしろプライマリーケア医等から、遺族自身がサービスを求めるための手がかりとなる情報が提供さ

れるとよいと考えられる。現在、後者にしぼってさらに検討を進めている。

E. 結論

本研究により、自殺未遂者ケアの課題として、次の6つをあげることができる。すなわち、(1) 身体救急医療の現場における対応、(2) 精神科救急、総合病院精神科、精神科クリニックにおける対応、(3) 一般身体医療における対応、(4) 医療機関以外の社会資源の活用、(5) 家族と当事者への支援、および(6) 対策研究・基盤的研究の推進である。

また、本研究での整理を受けて、今後次の事柄を検討して自殺未遂者ケアのガイドラインを作成していく必要がある。

I. ガイドラインの内容について

- ・多様な状況に応じた実働マニュアル

1) 医療編：精神科医のいる施設/いない施設、一般医療における対応マニュアルなど

2) 学校関係者、プライマリ・ヘルスケア関係者、職域、マス・

メディア関係者、刑務関係者な

どのためのマニュアル(WHO 出版物の活用)

II. 未遂者とその家族への情報提供のありかたについて

- ・現在の精神保健福祉制度の利用
- ・民間支援団体との連携
- ・社会資源に関する情報提供マテリアルの作成

III. 人材育成の方略についての検討

- ・自殺総合対策センターなど、既存の専門機関の活用
- ・いのちの電話や自殺予防センター、他の先進的取り組みを行っている民間組織の活用

IV. 研究課題の検討

- ・自殺未遂・自殺関連行動の調査
- ・転機等に関する研究、
- ・自殺未遂者の多様性に関する研究、
- ・危険因子研究
- ・介入研究
- ・家族・当事者の支援に関する研究など

特に、上記IIの情報提供のあり方については、リーフレットの検討をさらに進

める。今回は、研究班、現場担当者、有識者から意見を集め検討したが、今後はこれらのリーフレットを活用した上で、実際に情報提供を受けた自殺未遂者および自殺者遺族からもフィードバックフォーフィードバックを受けて、改善をしていく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

学会発表 準備中

論文発表 準備中

H. 知的財産権の出願・登録情報

なし

I. 参考・引用文献

1) Mościcki EK 1997 Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatric Clinical North America, 20, 499-517

2) Owens D, Horrocks, J, House A 2002 Fatal and non-fatal repetition of

self-harm: systematic review. British Journal of Psychiatry, 181. 193-199

3) Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. 1990 An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 25, 193-199.

4) Spicer RS, Miller TR. 2000 Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. Am J Public Health. Dec;90, 1885-1891.

5) Suominen K et al 2002 General hospital suicide: a psychological autopsy study in Finland. Gen Hosp Psychiatry, 24, 412.

平成 18 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」
研究協力報告書

自殺未遂者ケアのためのガイドラインの作成:その背景と課題

協力研究者	河西千秋	横浜市立大学医学部精神医学教室
	大塚耕太郎	岩手医科大学神経精神科学教室
	松本俊彦	国立精神・神経センター精神保健研究所
	川野健治	国立精神・神経センター精神保健研究所
	三宅康史	昭和大学医学部救急医学講座
	有賀徹	昭和大医学部教授救急医学講座
	伊藤弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所

A. 研究目的

1998 年以降のわが国の自殺の激増とその後の高止まりの状況は深刻な社会問題となっている。自殺予防は、わが国において、今や国民保健上の最大かつまさに緊急の課題のひとつである。

先行研究により、自殺の危険予測因子としてすでに複数の事柄が知られている。その中で、自殺未遂は、特に強力な因子のひとつであることが明らかにされている (Moscicki, 1997; Isometsa ら, 1998)。自殺予防の方略を、公衆衛生学的アプローチ(住民への啓発・教育、自殺手段の調整など)と、ヘルスケア・アプローチ(個人

ないしはハイリスク群へのアプローチ)に大別する考え方があるが、自殺未遂者はまさに自殺に関してハイリスク者であり、自殺未遂者ケア・支援が自殺予防の重要な鍵となる。世界保健機関(World Health Organization, WHO)は、このような考え方にに基づき、希死念慮をもつ個人への介入手法や自殺未遂者への標準的介入研究を提唱している(WHO-SUPRE:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)。またわが国の自殺対策基本法においても、未遂者ケアの必要性が掲げられている。

しかし自殺未遂者支援の意義について

は、一般の市民はもとより精神保健福祉関係者においてもまだ十分に理解はされていないと思われる。一方で、自殺未遂者の実態の把握は不十分で、自殺未遂者支援の方法についても、我が国において十分な研究や検討が為されていないのが実情である。また、実際に自殺未遂者や希死念慮を有する個人(当事者)も、自分の問題をどう解決したらよいか、あるいはどこに助けを求めたらよいか途方に暮れる場合が多いだろうし、その周囲の人も、これらの人々にどのように声をかけ、また何をなすべきなのかということについてただ戸惑うばかりかもしれない。

これらのことから、自殺未遂者の支援のためのガイドラインが必要と考えられる。本分担研究では、ガイドラインを作成するために、まず自殺未遂者の支援が必要とされるその背景について調べ、ガイドラインを作成する際の課題を検討した。さらに別途開催された有識者による検討会からの未遂者ケアへの意見を添付した。

B. 研究方法

はじめに、自殺と自殺未遂の関連、自殺未遂者の実態について文献研究を行い、自殺未遂者ケア、あるいは支援の意義とその根拠について検討した。

次に、わが国の自殺未遂者ケアの先進的な取り組み事例のひとつである、横浜市立大学附属市民総合医療センター・高度救命救急センターを拠点とした重症自殺未遂者への介入について紹介するとともに、当該施設で得られた重症自殺未遂者の実態に関する情報を要約した。また、この自殺未遂者への積極的な介入の効果を検証するために、同大学で行われている重症自殺未遂者の予後調査についてその結果を要約した。この予後調査は横浜市立大学医学部倫理委員会の承認により、対象者の同意に基づいて行われたものであり、対象者は平成17年4月から18年3月の期間、高度救命救急センターに搬送された自殺企図者144名であった。

さらに、今後の自殺未遂者支援対策を考える上で特に重要と思われる、いわゆる

自殺関連行動について文献研究を行い、その自殺未遂との関わり、自殺予防対策との関連性について検討を行った。

C. 研究結果

1. 自殺未遂者支援の意義について、その背景と根拠について

文献調査により得られた自殺未遂者に関するファクトについて整理し、表1に示した。これに示されたように、自殺未遂は、その後の自殺に関して強力な危険因子であることが理解される。

2. 医学的に重症度の高い自殺未遂者に対する介入と調査

1) 高度救命救急センターにおける重症自殺未遂者への介入

横浜市立大学附属市民総合医療センター・高度救命救急センターでは、市民総合医療センター・精神医療センター、医学部精神医学教室との協調により、平成15年から高度救命救急センターを受療する重症自殺未遂者のケアに力を入れてきた。平成17年4月からは精神科医が救命救急センターの常勤スタッフとして配置され

ている。精神科医は他のスタッフと同じように日夜の救命救急処置(初療)にあたるとともに、ほぼすべての自殺企図患者及びその家族と面接を行い、自殺企図直後からの心理的危機介入、精神医学的評価、社会・心理学的評価を行う。そして、心理教育を含む精神科治療の導入を図るとともに、ソーシャル・ワーカーとともに、患者の生活支援、受療調整といったケース・マネジメントにあたっている(山田ら, 2005)。

2) 重症自殺未遂者の背景データ

2003年4月から2006年7月の期間に、横浜市立大学附属市民総合医療センター・高度救命救急センターに入院した重症自殺未遂者の364人の患者の精神科診断(DSM-IV, I軸診断)を表2に示した。なお、入院期間が極端に短い、あるいは意識障害の遷延などにより診断困難なものは診断不明となっている。この表にあるように、不明を含めて少なくとも全体の80%の患者にI軸診断が為された。最も多い診断は気分障害で26%、次いで、適応障害、統合失調症、物質関連障害が多く認められている。

さらに、これらの患者の自殺企図動機について調べた結果を表3にまとめた。この表にあるように、最も多い動機は「病気・身体問題」であり、次いで家庭問題、対人関係の問題、金銭問題と続いた。

3. 重症自殺未遂者の予後調査

横浜市立大学附属市民総合医療センター・高度救命救急センターに、精神科医が常勤スタッフとして配置されてから以降に搬送された重症自殺未遂者の予後について、調査を行った。対象者は平成17年4月から18年3月の期間、高度救命救急センターに搬送された自殺企図者144名のうち、同意が得られた115人で、退院後、調査を行った日までの平均日数は299日であった。調査の結果、自殺再企図者は5名で、うち2人が完遂していた。これは、対象や判定のばらつきはあるものの、狩野ら(2003年)、Spiritoら(2003)、伊藤ら(2006年)の調査したデータと比較すると低値であった(表4;中川ら,第19日本総合病院精神医学会総会抄録,2006年)。予後調査は、対象と期間を拡げて引き続き実施されている。

4. 自殺と自殺関連行動について

自殺未遂とは、自殺の意図をもって行為に及び、結果として未遂に終わったものをいう。しかし、明確な自殺の意図をもつもの、あるいは明確な死を予見して行われる行為以外にも、自殺の意図があっても不明瞭なもの、あるいは死に至るか否かの予見なしに行われる行為、自殺の意図が不明瞭であっても極めて致命的な手段で行われる行為などさまざまなものがあり、その境界は明確ではない。さらに、今日青少年の間で増加している、反復する非致命的かつ意図的な自傷行為は、必ずしも自殺未遂と明確に区別ができない(山口ら,2004;山口ら,2005;Izutsuら,2006)。一方で、非致命的な行為は決して軽視すべきではなく、手首や腕を切るといった非致命的な自傷行為を行って精神科を受診したもののうち、1年以内に過量服薬による自殺企図を行って医療機関での治療を受けたものが約19%に上ることが報告されている(松本ら,2006)。また自傷後1年以内の自殺の相対危険度は66倍と報告されている(Hawtonら,2003)。非致命的な

自傷行為は、しばしば精神的苦痛への対処行動として行われるが、しかしそうした自傷を繰り返すうちに苦痛緩和の効果が徐々に減じてしまい、他の方法による自殺企図の危険が高まっていくことも指摘されている。このようなことから、自傷行為と自殺未遂、自殺は連続したスペクトラムと捉えることができるだろう。

先行研究においては、自殺を企図する行為と自傷行為の整理の試みとして、すでに Deliberate self-harm, Parasuicide, Self injury, Suicide attempt といった用語の定義づけや概念の提唱がなされているが(図1)、これらはいまだ専門家や臨床家間で十分なコンセンサスを得ているとはいえない。今後、自殺未遂と自殺関連行動の定義を厳密に行い、それらの境界と関係が明らかにされる必要がある。

こうした自傷を含めた「自殺関連行動」という概念がある。アルコールの大量摂取、薬物乱用、食行動異常、医療受療の放棄、事故の可能性を顧みないような危険行動など、自らの健康を害するさまざまな行為を、自殺関連行動と捉える考え方がある。

実際に自殺企図者でも、このような自らの健康を損ねる行動が企図前から顕著にみられていたという報告もある。1950年と2000年との比較において、全体に自殺者の年齢分布は低年齢にシフトしている(WHO-SUPRE)。自殺関連行動は先進国共通の問題であり、自殺関連行動まで視野に入れた取り組みが、今後の自殺予防に欠かせない。

D. 考察

上に示したように、自殺者の背景には多くの自殺未遂者があり、その自殺未遂が、その後の自殺の最大の危険予測因子である。一方、自殺未遂者のうち、医療を受療するのはそのごく一部であるといわれる(Fox & Hawton, 2004; Walsh, 2005)。重症自殺未遂者はおそらくその多くが救命救急医療施設に搬送されるものと考えられるが、重篤でない個人のうち、自殺未遂を誰にも気づかれることがないか、あるいは受診を拒み事例として表面化しないものなどもあると思われる。しかし、本邦では、地域毎の自殺未遂者の発生やそ

の受療行動などは明らかではない。また、先進国共通の問題として、自傷行為ないしは自殺関連行動の増加が言われている。将来の自殺の抑制を考える上で、このような関連行動への対策も重要であると考えられる。これらの対策を効果的に行うためには、まず自殺未遂や自殺関連行動の実態調査などが必要であろう。青少年の自殺関連行動については、教育機関での調査と並行して、教育機関における当事者への介入なども検討されるべきであろう。

救命救急センターの入院患者に占める自殺企図者の割合が10-20%にもなることを述べたが、このうち、未遂者(重症自殺未遂者)の80%以上に気分障害を筆頭とする精神疾患が診断されている。これは、自殺既遂者における精神疾患の分布と近似している(Cavanagh, 2003; Bertolote ら, 2004)。重症自殺未遂者と自殺既遂者は、その属性が近似していることはすでに論じられており(Michel, 1987; Beautrais, 2003)、このことから、救命救急センターにおける重症自殺未遂者への介入が、自殺予防対策として重要

であることが示唆される。本稿では、先進事例として横浜市立大学附属市民総合医療センターで実施されている自殺未遂者に対する介入について紹介した。精神科医を救命救急センターに配置し、自殺未遂者へのケアを実施している施設は他に、岩手医科大学、北里大学、関西医科大学などがあるが、このような施設はごく本邦において極く少数である。救命救急センターは、文字通り地域の救命医療の第一線であり、病床をやりくりしながら絶えず稼働しているためにスタッフは極めて多忙であり、一般にほとんどの救命救急センターには精神科医など心理臨床専門職の配置もなく、その多くは自殺未遂者に手厚い介入を実施する状況にない。この状況を改善するのは容易ではないが、少なくとも、横浜市立大学の先進事例と、その予後調査の結果を見る限り、救命救急センターにおける精神科医もしくは心理臨床に関わるコメディカル・スタッフの配置と、自殺未遂者に対する多職種の間わりについては一考に付す価値がある。なお、身体救急と並んで、地域には精神科救急シ

システムがやはり構築されているが、こちらは精神機能と行動の障害が理由で事例化（精神運動興奮や差し迫った希死念慮など）した精神障害者に対応できるように整備されており、元来、身体の重篤度を判定したり、あるいは身体治療を集中的に行うようには整備されておらず、身体治療を要する自殺未遂者には対応し難い。結果として、自殺未遂者は身体状態の軽重に関わらず身体の救急医療施設に搬送され、また身体の障害が精神科単科で対応できるレベルまで回復するまでは当該施設で対応せざるを得ない場合も多い。現状の精神科救急システムでは、精神科病院が中心となって運用されており、総合病院ないしは大学病院の参加は少ないが、総合病院・大学病院が精神科救急システムに多く参加すれば、身体と精神の双方に対応が可能となり、自殺未遂者の受け皿はかなり広がるであろう。

一方、自殺未遂者ケアや支援に関する医学的課題は、救急医療のものだけではない。精神科を受療していながら、自傷行為や自殺未遂を繰り返す患者が実際に

多くあり、精神科医療における自殺未遂患者、あるいは希死念慮をもつ患者の対応にも課題があるだろう。さらに、精神科以外の一般医療にも課題がある。例えば、精神科以外の診療科の外来やがん医療において、精神疾患を有する患者が多く潜在していることが知られている（中根，1995；Derogatis ら，1983）。最近、日本医療機能評価機構が実施したわが国初の、総合病院・一般病院における自殺事故（入院患者の自殺）の調査では、精神科以外の診療科（特になんかの患者において）、相当数の自殺が生じていることが明らかにされている（南ら，2006）。

以上の医療機関での対応以外に、自殺未遂者や希死念慮を抱く人やその周囲の人が、どこにアクセスしたらよいか、どのような社会資源が利用可能なのか、といったことについて、情報の周知が必要である。当事者のための窓口も必要となる。また、自殺未遂者ケア・支援の前提として、広く国民に対して、自殺未遂者もしくは希死念慮をいだく人々への理解を進め、ケア・支援の意義について啓発・教育する場

も必要であろう。このように、自殺未遂者ケア・支援には多くの側面があり、また未遂者は概して一様ではなく、自傷から重症自殺未遂まで、また年齢・性・社会／生活背景に応じて状況は多様である。このことから、さまざまな対象、場所、機会に応じて多様な未遂者ケア・支援のガイドラインが必要である。

E. 結論

自殺未遂は、自殺の強力な危険因子のひとつであることが明らかである。救命救急センターに搬送される患者の実に1-2割が自殺未遂者であるが、これらの患者は自殺既遂者と同様にその8割以上が自殺企図前に何らかの精神疾患を有しており、精神医学的介入とソーシャル・ワークが不可欠である。

希死念慮を有する人、もしくは自殺企図の危険性の高い人は、一般身体・精神医療のユーザーの中に少なからず存在していることから、そこでの対策が必要である。一方、いわゆるメディカル・モデルだけでは不十分であり、自殺未遂や自傷行為

が発生する場所、すなわち学校や職域や家庭における対策も必要である。

青少年の中に自傷行為が増加しているが、自傷行為と自殺企図の間には少なくとも一部に連続性があり、自殺企図の防止対策を考える際には、自傷行為をも視野に入れたアプローチが必要と考えられる。一方で、自殺未遂も自傷行為も、その実態については十分な把握が国内でなされておらず、今後の精確な調査・研究が必要である。また、自殺未遂者ケア・支援を充実させるためには、広く国民の理解も必要であり、そのための啓発が重要である。

表4に、自殺未遂者支援・ケアの課題を挙げた。また表5に、自殺未遂者ケアの指針(ガイドライン)作りに向けての検討事柄を挙げた。

F. 参考・引用文献

- 1) Beautrais AL: Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. Am J Psychiatry 160, 1093-1099, 2003
- 2) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo

- D, Wasserman D: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25, 147-155, 2004
- 3) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33, 395-405, 2003
- 4) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249, 751-757, 1983
- 5) Fox C, Hawton K: Deliberate self-harm in adolescence, Jessica Kingsley Publishers, London, 2004
- 6) Hawton K, Zahl D, Weatherall R: Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Brit J Psychiatry*, 182, 537-542, 2003
- 7) Isometsa E, Lonnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 173, 531-535, 1998
- 8) 伊藤敬雄, 葉田道雄, 原田章子, 大熊征司, 大久保善朗: 自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺. *精神医学*, 48, 153-158, 2006
- 9) Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, Okada T, Kikuchi A, Kojimoto M, Noguchi H, Yoshikawa K: Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry* 14: 1-5, 2006
- 10) 狩野正之, 柴田信義, 横川新二, 間島竹彦: 自殺未遂患者のアフターケアにおける精神科通院継続性: 求助行動段階および精神疾患診断との関連. *総合病院精神医学*, 15, 32-44, 2003
- 11) 河西千秋, 山田朋樹, 長谷川花, 平安良雄: うつ病と自殺: 医療から見た自殺者の実態. *治療*, 87, 587-594, 2005
- 12) 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀,

- 遠藤知方, 遠藤重厚: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代における比較検討. 岩手医誌, 58, 119-131, 2006
- 13) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭, 里吉万生, 持田恵美, 越 晴香, 小西 郁, 山口亜希子: 自傷患者の治療経過中における「故意に自分の健康を害する行為」: 1年間の追跡調査によるリスク要因の分析. 精神医学 48: 1207-1216, 2006
- 14) Michel K: Suicide risk factors: a comparison of suicide attempters with suicide completers. Br J Psychiatry 150, 78-82, 1987
- 15) 南良武, 岩下覚, 河西千秋: 精神科領域における医療安全管理の検討 その1: 病院内における自殺に関するアンケート. 患者安全推進ジャーナル 13:64-69, 2006
- 16) Moscicki EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatr Clin North Am, 20, 499-517, 1997
- 17) 中川牧子, 山田朋樹, 山田素朋子, 名取みぎわ, 河西千秋, 佐藤玲子, 長谷川花, 古野拓, 加藤大慈, 小田原俊成, 平安良雄, 鈴木範行, 杉山貢: 高度救命救急センターにおける自殺予防活動: 危機介入を実施した自殺企図者の予後調査. S-100, 第19回日本総合病院精神医学会総会抄録集, 2006
- 18) 中根允文: 精神障害に関する国際共同研究. 精神神経誌, 1995, 97, 471-484
- 19) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systemic review. Brit J Psychiatry, 181, 193-199, 2002
- 20) Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC: An epidemiologic investigation of potential risk actors for suicide attempts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 25, 193-199, 1990
- 21) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to

- socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry*, 160: 765–772, 2003
- 22) Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J: Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide—findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 104, 117–121, 2001
- 23) Spicer RS, Miller TR: Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Pub Health*, 90, 1885–1891, 2000
- 24) Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D: Predictors of continue suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32, 284–289, 2003
- 25) Suominen K, Isometsa E, Heila H, Lonnqvist J, Henriksson, M: General hospital suicides: a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry*, 24, 412–416, 2002
- 26) 鈴木博子, 山本保博: 日本医科大学附属高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態. *医学のあゆみ*, 別冊, 74–76, 2003
- 27) Walsh BW: *Treating self-injury: a practice guide.* Guilford Press, New York, 2006
- 28) World Health Organization: Suicide prevention (SUPRE): http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- 29) 山田朋樹, 河西千秋, 長谷川花, 佐藤玲子, 小田原俊成. 杉山貢, 平安良雄: 救命救急医療における精神医学: 自殺者の増加を背景とした精神科医の役割. *精神医学*, 47, 869–876,
- 30) 山口亜希子, -ほか: 大学生における自傷行為の経験率—自記式質問票による調査—. *精神医学* 46:

473-479, 2004

過食傾向との関係. 精神医学 47:

31) 山口亜希子, 松本俊彦:女子高校生

15-522, 2005

における自傷行為:喫煙・飲酒,ピアス,

表1. 自殺未遂者に関するファクト

項目	文献
1. 自殺の背景には、少なくともその 10-18 倍の自殺未遂がある。	Petronis ら, 1990; Spicer ら, 2000
2. 3次救急救命センター入院患者の 10-20%前後が、自殺企図者(横浜市大:18%;日本医大:10.4%;日本医大多摩永山:12%;日本外傷学会会員施設:10%)	横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター診療統計(2003-2005);鈴木ら, 2003;伊藤ら, 2004;日本外傷学会・日本外傷データベース資料, 2006
3. 自殺者の約半数に過去の自殺未遂歴があるという報告があり、自殺未遂歴は自殺の強力な危険予測因子であることが確立されている。	Moscicki, 1997; Isometsa ら, 1998 など文献多数
4. 自殺未遂者を9年以上の追跡し得た先行研究では、自殺未遂者ないしは自傷患者の3-12%がその後に自殺を遂げた。	Owens ら, 2002
5. 重症自殺未遂者の 80%以上が、何らかの精神疾患を有している。	鈴木ら, 2003;河西ら, 2005;丸田ら, 2006

表2. 重症自殺未遂者の精神科診断(DSM-IV, I 軸診断)

重症自殺未遂者の精神科診断

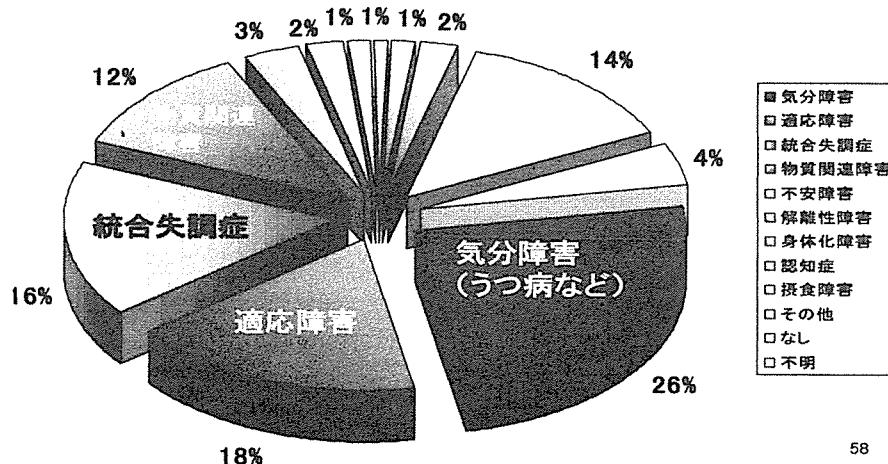
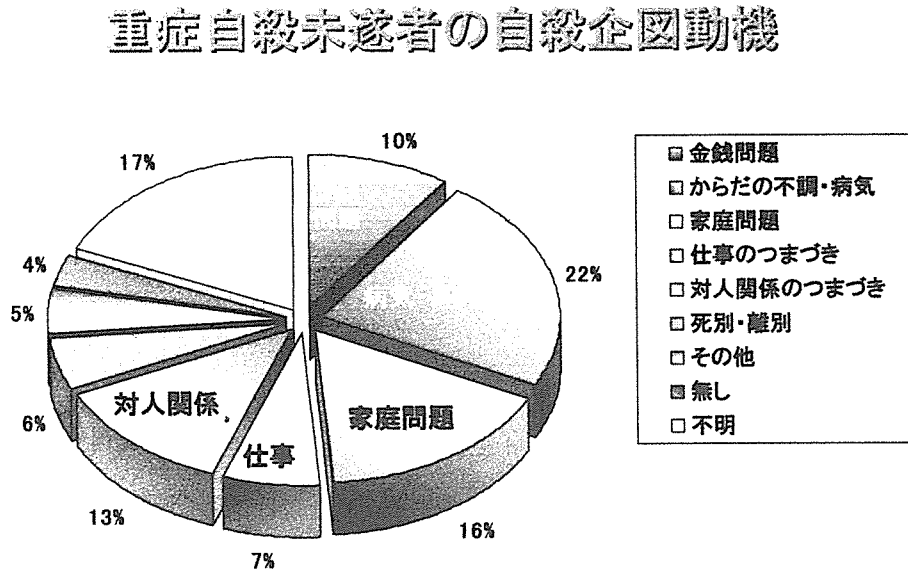


表3. 重症自殺未遂者の自殺企図動機



57

表4. 重症自殺未遂者の予後調査. 中川らの結果と先行研究の比較

中川らの研究結果と先行研究の観察結果との比較

研究	調査対象 (n)	自殺再企図: 完遂 (%)	自殺再企図: 未遂 (%)	退院-調査の期間
1. 中川ら(2006)	115	2 (1.7)	5 (4.3%)	299±100日
2. Spirito(2003)	58	—	7(12)	3ヶ月
3. 伊藤ら(2006)	142	2 (1.4)	26(18.3)	1年
4. Suokas(2001)	1018	34 (3.3)	—	2年
5. 狩野ら(2003)	83	4 (4.5)	—	1年
6. Johnssonら(1996)	75	8(10.7)	—	2年
	75	10 (13.3)	—	5年
	42	-	17(40%)	5年

1:救命救急センター, 2:3:救命救急センター, 4:救命救急センター(中毒のみ;半数は非入院) 5:1・2次救急, 6:Lund Suicide Research Center

表5. 自殺未遂者ケアの課題

1. 身体救急医療の現場における対応
2. 精神科救急, 総合病院精神科, 精神科クリニックにおける対応
3. 一般身体医療における対応
4. 医療機関以外の社会資源の活用
5. 家族と当事者への支援
6. 対策研究・基盤的研究の推進

表6. 自殺未遂者ケアのガイドライン作りに向けての検討事柄

I. ガイドラインの内容について

1. 提言

2. 多様な状況に応じた実働マニュアル

1) 医療編:精神科医のいる施設/いない施設, 一般医療における対応マニュアルなど

2) 学校関係者, プライマリ・ヘルスケア関係者, 職域, マス・メディア関係者, 刑務関係者などのためのマニュアル(←WHO 出版物の活用)

II. 未遂者とその家族への情報提供のありかたについて

1. 現在の精神保健福祉制度の利用

2. 民間支援団体との連携

3. 社会資源に関する情報提供マテリアルの作成

III. 人材育成の方略についての検討

自殺総合対策センターなど, 既存の専門機関の活用

いのちの電話や自殺予防センター, 他の先進的取り組みを行っている民間組織の活用

IV. 研究課題の検討

自殺未遂・自殺関連行動の調査・転機等に関する研究, 自殺未遂者の多様性に関する研究, 危険因子研究, 介入研究, 家族・当事者の支援に関する研究など

未遂者ケアガイドラインに関して寄せられた主な意見

提言的内容か, 具体的対応策か

- 提言的内容よりも, 具体的な対応を盛り込んだ方が現場では使いやすいのではないかと。
 - 体制整備や措置を講ずる, 積極的に行うと書かれても実際の現場ではどうすればいいのかわからない。ガイドラインを見れば, こういう場合はこういうふうに行っている, こういうのもうまくいっているとわかるような内容。
 - 研修の中でどういったプログラムが必要でとか, そういったことが書かれているような内容。
 - 提言的な内容は既にいろいろなところで言われている。
 - 提言であっても, 病院内でできそうなことに収まる内容であれば書けるのではないかと。
- 具体的なガイドラインで現状を改善するのは難しいのではないかと。医学モデルで未遂者に対処するのであれば, 体制(保険や人員)整備という話にならざるを得ないのではないかと。
 - 現状は資源がとても乏しいし, あっても体系化されていないため, 理想像を描くとなると提言的なことにならざるを得ない。
 - このガイドラインは, 大綱を援用できるよう, 現場の具体的な対応を定めるのが目的。ただ, 事例を出しての対応を書くのは背景を示すのが作成上困難であった。現場の困難の原因はシステムが整っていないためだと思われるため, まず体制整備を意識した形になっている。
 - 自殺問題は啓発や教育に多くのエネルギーを割かざるを得ないため, 自ずと提言的になってしまう。現場で有用な内容との兼ね合いが難しい。
 - 現状ある資源や体制で可能な内容, すべきでない対応を盛り込むことにも大賛成だが, 前半に提言を含めることを強く要望する。現場は本当に厳しい状況なので, 今あるものでこれだけできるのであれば, と終わらせられては非常に困る。

精神科外領域との連携について

- 救命救急センターでは身体ケアと精神ケアと両方対応できるが, 実際自傷行為の3分の2は救命センター以外に運ばれているため, 外科や内科の医師用に, 見落としてはいけない精神科的部分の対応や, 精神科絡みでも対応可能な部分を具体的に示すガイドラインは必要ではないかと。
 - 高度に専門的な知識の研修や高度な判断を求めのではなく, ここから先はリファールが必要といった簡易スクリーニング程度から始めるのが現実的であろう。
- 未遂患者のうち重症と軽症の中間領域の場合, 搬送で拒否をされて苦勞することがあるが, この問題をどう克服していけるか。精神科領域と一般(外科, 整形外科, 内科)の両方がある程度診

ガイドラインがあることで、体制が整った数少ない病院でしか受け入れないという事態にもなりかねない。

- 自殺未遂者のケアには意識が戻った時点で精神科と連携を、とガイドラインで定めたとしても、外科、脳外科と精神科が両方ある病院はさほど多くなく、精神科クリニックの外来対応では対応が難しい。
- 外科系の医師にはガイドラインという言葉は厳しく響くと思われるため、救急救命医にも配布するのであれば、ガイドラインという表現を変えたほうがいいかもしれない。
 - 例えば頭部外傷のガイドラインでは、対応それぞれにエビデンスが異なっていて、訴訟に使用されるくらい確度の高いもの。

非致命的自傷行為について

- プレホスピタルケアという項目が必要ではないか。自殺未遂者を一括りに扱ってしまっているが、軽い方は病院を選定するのに時間がかかっているというデータがあり、この程度は内科、これは精神科と見分けるためのガイドラインがあれば、現場で有効ではないか。
- 非致命的自傷行為は、局地的には切迫したものではないが、長期的にはやはり最大の自殺リスクファクター。救急外来の外科医における対応の指針は重要。
 - 叱責するケースが多いが、海外では一番いけないとされている対応で、実際は労うことが必要だし、痛みを感じない場合には精神医学コンサルテーションが必要になる。
- 医療面でも受療意欲の低い人たちにどうアウトリーチしていくか。医療者側の負担が大きく、提言しても医療者の無力感に繋がるジレンマがあると思われる。
- 人格の問題と疾患を切り分けるのは難しい現状だが、パラスーサイドの問題に言及のないガイドラインでは、長期的に有用ではないし、海外動向からも逸脱したものにならないか。
- 治癒を目指した内容ではなく、その場で誤った対応をしないためのもの（"do not"集）であれば作成できるだろう。但し、"do not"集といっても、ハウツー的な内容ではなく、きちんとした理解を踏まえた上での対応を示す意図している。

医療以外との連携について

- 未遂者の抱える問題は、疾患・社会・人格に分類可能。疾患の治療がわれわれには一番簡単で、社会的な問題には横の連携で対応したいが、自殺問題ではどこまで連携が可能かがわからない。保健所、福祉事務所に繋いでも受け入れる方が困るのではないか。その点をガイドラインに含めるかどうか。
- ガイドラインで一律に示せる次元と、連携の問題など提言に織り込む必要がある次元があるだろう。医療の中でのシステムの問題（救急医療システムと精神科救急システムをどう絡めていくのか）もあるし、自殺未遂者への対応は医療だけでは困難なため、医療以外の社会システムと連携する必要もあるが、地域固有の要因のため一律にはできない。社会的に広がりがある方が、医療から地域でのケアに結びつける意味でも有効かもしれない。
- 「ケア」という言葉を使うと医療機関が対象となるため、対象を広げるのであれば「支援」という言葉がより適切との意見もあるが、「支援」とすると医療や福祉だけでなく経済面も含まれるため、今回は医療などの現場を対象としたガイドラインをここでは目指す。