

われることが望ましい。

X I . 他の要点

他に重要事項として次のことが挙げられる。

- 1) ガイドラインが効果的であるためには、それが広く周知され利用されなければならない。
ガイドライン作成に際しては、それを必要としている人への周知方法や配布方法についてもよく検討がなされなければならない。
- 2) ガイドラインは、状況に応じて見直しや改訂がなされるべきである。
- 3) 効果的な支援とケアの提供とガイドラインの作成のためには、自殺と自殺関連行動に関する調査・研究が不可欠である。

X II . まとめ

ガイドラインは、「自殺は予防することができる」という認識と信念のもとに作成されるものである。自殺念慮をもつ人の自殺企図、自殺未遂者の再企図を防ぐのに必要なのは社会的な取り組み、複合的な取り組みである。特にこれらの人々への対応には、多くの場合、迅速性が求められ、縦割り主義は禁忌である。従って、自殺未遂者や自殺念慮のある人に対応する部署や機関は、相互に自殺対策に関する認識や情報を共有し、連携を密にすることが必要である。

また、恒常的に相談対応を実施していくためには、援助者あるいは相談従事者の育成や、それらの人々を支える体制の構築も重要である。

A guideline preparation guide for providing care to suicide attempters and persons with suicidal ideation (draft, prepared on November 14, 2007)

I. Introduction

A suicide attempt is one of the risk factors that are most closely related to suicide, and support for suicide attempters is important for preventing suicide. The general public does not necessarily understand the current status of suicide attempters and the significance that proper support can have for suicide attempters. However, social support for suicide attempters is insufficient, and those who interact with suicide attempters and persons with suicidal ideation may not necessarily know how to talk or interact with them properly.

Support and care for suicide attempters must be individualized and must be flexible enough to deal with various situations, circumstances, and regional characteristics.

The present guide describes the points and precautions that should be considered when preparing guidelines for providing support and care to suicide attempters and persons with suicidal ideation. It is our hope that this guide will be used to prepare truly useful guidelines for those who require support and care in various subsets of Japanese society.

Since suicidal ideation is closely related to suicide attempts, the present guide deals with the support and care of not only suicide attempters but also persons with suicidal ideation.

II. Guidelines that will be required in the future

The types of guidelines that will be needed in the future include:

- 1) Guidelines for primary health care worker and welfare officers
- 2) Guidelines for mental health professionals
- 3) Guidelines for primary care physicians and staffs
- 4) Guideline for emergency medical staffs
- 5) Guidelines for caregivers
- 6) Guidelines for government-agency officers
- 7) Guidelines for teachers and school staffs
- 8) Guidelines for work place
- 9) Guidelines for family support
- 10) Guidelines for police department and fire department
- 11) Guidelines for media and IT
- 12) Guidelines for prison officers

III. Relationship of suicide to suicide attempt and self harm

Along with suicide attempt, a past history of deliberate self harm is a risk factor for suicide. Mild and non-lethal self harm must not be ignored. In Japan, there have not been enough surveys and studies dealing with suicide attempts and self harm. Guidelines need to state the necessity for research and studies that would form the basis for continuing support and care.

IV. Current state of suicide attempters, persons with suicidal ideation, and their families

Many persons with suicidal ideation do not consult counseling agencies. Also, many suicide attempters do not contact a general hospital. Therefore, it is necessary to improve support and care systems and to disseminate information so that suicide attempters and persons with suicidal ideation can easily receive support and care.

Many families of suicide attempters and of persons with suicidal ideation are fatigued and at a loss of what to do. Systems that provide support to families are lacking. Since families face different issues, individual responses are needed.

Future guidelines need to address these issues

V. Risk factors for suicide and the mental state of persons with suicidal ideation and suicide attempters

1. The risk factors for suicide attempt are:

- 1) Past history of deliberate self harm or suicide attempt
- 2) Loss of someone close
- 3) Loss of employment or financial collapse
- 4) Psychological isolation or lack of a person providing support and
- 5) Easy access to suicide
- 6) Exposure to suicide-related information (excessive news of suicide in the mass media, and information aiding suicides on the Internet).
- 7) Mental illness, cancer, progressive disease, and chronic disease

2. The mental state of persons with suicidal ideation and suicide attempters can be characterized as follows:

- 1) Hopelessness, isolation, and low self-esteem
- 2) Inflexible thoughts. A belief that suicide or ending everything is the only solution.
- 3) While wishing to die and end everything, there is still a desire to live.
- 4) In many cases, persons with suicidal ideation and suicide attempters want to share their thoughts and attempts through their attitudes, words, and behaviors.
- 5) Most people who commit suicide have mental illnesses or are psychologically exhausted.
- 6) Actual acts of suicide tend to be impulsive and/or aggressive and may be associated with drug or alcohol use.

VI. Protective factors that suppress suicidal behaviors

The following factors prevent suicides:

1. Individual factors

- 1) Social connection and sense of belonging
- 2) Fulfilling social life: healthy family relationships, sound interpersonal relationships, good relationships with schoolmates and coworkers, favorable economic and living situations, reasons for living, and an adequate amount of spare time
- 3) Mechanisms to flexibly cope with stressful and difficult situations

2. Environmental factors

- 1) Access to support and care systems
- 2) Easy access to information about suicide prevention
- 3) Easy access to mental health services
- 4) Education about mental disorders and suicide at the community level

VII. Supporting people who interact with suicide attempters and persons with suicidal ideation

Various issues must be considered when supporting people who interact with suicide attempters and persons with suicidal ideation. All guidelines should address the following issues as part of the basic support techniques:

1. The attitudes necessary for persons who provide support and care

- 1) Be accepting and sympathetic
- 2) Interact gently and be attentive
- 3) Applaud suicide attempters and persons with suicidal ideation for visiting and sharing their thoughts of suicide and suicide attempts
- 4) State and promise to provide support
- 5) Take all situations and conversations seriously
- 6) Do not judge, scold, or preach
- 7) Do not offer empty promises or encouragement
- 8) Clearly explain and propose things; do not be ambiguous

2. Things that caregivers who provide support and care should be attentive to

People who provide support need to look for and suppress various unconscious emotions and psychological swings experienced by suicide attempters and persons with suicidal ideation.

When interacting with suicide attempters and persons with suicidal ideation, those who provide support may think about avoiding these people or try to counter suicidal thoughts. Also, people who provide support may feel resigned, powerless, or even anger. In many cases, these feelings may be caused by: 1) their own psychosocial backgrounds and values; 2) psychological instability on the part of suicide attempters and persons with suicidal ideation; and 3) psychological stress brought about by the seriousness of the issue. The first step in support is to recognize these emotions, come to terms with them, and do one's best to understand suicide attempters and persons with suicidal ideation.

3. Tasks that must be accomplished

- 1) Eliminate obvious suicidal risks
- 2) Listen while being accepting and sympathetic
- 3) Assess and confirm current suicidal ideation (See Section VIII) and risk factors (See Section V)
- 4) Assess the risk for suicide in the near future (See Section VIII)
- 5) Identify the current problems and causes of suicide
- 6) Identify protective factors (See Section VI)
- 7) Talk about solutions other than suicide
- 8) Identify key persons and ask for their assistance
- 9) Examine social resources and care interventions
- 10) Have the person with suicidal ideation promise that he or she will not commit suicide
- 11) Continue to provide support, and as needed, confirm the use of support and care and assess the efficacy of the support and care

VIII. Confirmation of suicidal ideation and risk assessment

When interacting with suicide attempters and persons with suicidal ideation, it is necessary to ascertain the risk of suicide based on their attitudes, words, and behaviors.

First of all, it is necessary to ascertain the presence of current suicidal ideation. People who provide support and care must not fear that confirming suicidal ideation will make the individual commit suicide. In fact, confirming suicidal ideation makes it possible to: 1) make suicide attempters and persons with suicidal ideation realize that people who provide support and care are sympathetic; 2) show suicide attempters and persons with suicidal ideation that people who provide support and care are willing to interact and to connect with them at a deeper level; and 3) choose concrete measures based on the current level of risk. However, before confirming suicidal ideation, it is necessary for people who provide support and care to build trust in communication and understand the current situation.

In order to evaluate the risk of suicide in the near future, it is necessary to assess suicidal ideation, suicide plans, risk factors, and protective factors. The table below offers general tips for assessing suicide risk. When preparing guidelines, it is necessary to present concrete examples that highlight the degree of the emergency and the situations in which people require assistance.

Table 1. Suicide risk levels

Risk level	Descriptions
1. No risk	No suicidal ideation or risk factors. There is essentially no risk of suicide.
2. Mild risk	Occasionally have suicidal ideation, but have no plan to commit suicide. There are no other risk factors.
3. Moderate risk	Constantly have suicidal ideation and have concrete plans to commit suicide; some may have even made the necessary preparations. There are known risk factors. Even when there is no concrete plan to commit suicide, persons at moderate risk have multiple risk factors in addition to suicidal ideation, and they do not deny the possibility of committing suicide. However, persons at moderate risk accept help and wish to improve their situations.
4. High risk	Suicide planning and risk factors are comparable to those found in persons at moderate risk, but persons at high risk for suicide do not accept help, are hopeless, have very narrow views, and lack critical thinking.
5. Extreme risk	Individuals who are at extreme risk of suicide or are actually planning to commit suicide.

IX. Social resources or care interventions

When utilizing social resources or providing care interventions, attention must be given to the following points that should be addressed by all guidelines:

- 1) Social resources include not only people who provide support and care, but also all individuals who are around suicide attempters and persons with suicidal ideation.
- 2) When providing social resources and care interventions, consider regional characteristics and thoroughly evaluate each case.
- 3) Instead of simply referring suicide attempters and persons with suicidal ideation to social resources and care interventions, provide truly meaningful and useful information so that support and care resources can be used. This may require close collaboration with those who refer suicide attempters and persons with suicidal ideation.
- 4) As a general rule, social resources and care interventions are provided after thoroughly explaining the procedures and obtaining consent.
- 5) Do not treat all suicide attempters and persons with suicidal ideation in the same way, but value the time shared with each person and work with them in an individual manner.
- 6) Support suicide attempters and persons with suicidal ideation so that they can continue to have access to social resources and care.

X. Promotion of mental health

Many suicide attempters and persons with suicidal ideation have mental illnesses, since the prevalence of mental disorders is high. However, their attempts to seek help can be hindered by the prejudice and stigma associated with mental illness, with patients who have mental disorders, and with suicide attempters. Also, in many workplaces, mental health care services are not widely available; some workers may not seek help for fear of this having a negative impact on their employment status. Therefore, in many sectors of society, it is necessary for people to understand the importance of mental health and for persons who require help to have access to mental health services. Also, it is necessary to establish a culture where people do not have a bias against mental illness and support mentally ill persons at all levels in the school, workplace, and community. When preparing guidelines, measures to improve mental health should also be mentioned.

In order to provide continuous and efficient long-term interventional support to suicide attempters and persons with suicidal ideation, appropriate surveys and studies are necessary, and guidelines should detail the manner in which information should be gathered

XI. Other comments

- 1) Guidelines should be widely distributed and utilized. Those who prepare a guideline should manage how it can be, in deed, distributed to targets.
- 2) Guidelines should be revised repeatedly to be suitable for the current situation.
- 3) In order to provide effective support and care, and prepare effective guideline, research and study on suicide and related behaviors are necessary.

XII. Conclusions

Guidelines are prepared based on the assumption that suicide is preventable. Social and multidisciplinary approaches are needed to prevent persons with suicidal ideation from committing suicide and to prevent suicide attempters from attempting suicide again. In many cases, a quick response is required, and an uncoordinated approach must be avoided. It is necessary for departments and agencies that work with suicide attempters and persons with suicidal ideation to share suicide-prevention information and work closely together.

Also, in order to be able to provide support and care at any time, it is necessary to train health care/welfare professionals and therapists and to develop a system that supports those who provide support and care.

救命救急センターにおける自殺対策支援の可能性 に関する予備的研究

分担研究者 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 教授

研究要旨：本研究では、救命救急センターにおける自殺対策支援に資するために、救急看護職者が日常臨床に活用できる研修モデルを開発する。**研究方法：**救命救急センターに従事している認定看護師を中心とした専門家との意見交換を実施した。また救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発することを最終目標として関東圏の救命救急センターの救急看護職者に対する「救急医療における自殺対策支援検討会」モデルを開発した。**結果：**救急看護職員は、（１）自殺未遂者への関わりは、通常への対応とは異なると思っはいるが、どこがどのように異なるのか、具体的にどのような対応をしたら良いのか分からないこと、（２）同様に、自殺未遂者の家族への対応も困難であることが、共通の課題としてあげられた。救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを目指した検討会を実施した。すでに、実際に自殺未遂者への対応テンプレートを活用している施設もあった。**まとめ：**標準的な質問項目と対応手順が示されている、クリティカルパス等のわかりやすいガイドラインの開発が必要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

三宅康史	昭和大学医学部救急医学講座准教授
守村 洋	札幌市立大学看護学部准教授
中村恵子	札幌市立大学看護学部教授
河西千秋	横浜市立大学医学部精神医学教室准教授
山田朋樹	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助教
伊藤弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部部長

者が活用できる手段を開発することである。

B. 研究方法

本研究では、専門家との意見交換を中心に実施した。日本救急看護学会の推薦を経て、「自殺対策」に関心を示している救命救急センターに従事している認定看護師 3 名を加えた研究班を組織し、会合を開催した。2 回目以降の会合で順次、救命救急センター常勤の精神科医および精神保健看護領域の看護師を加え、コアメンバーを結成し、救急看護における自殺対策支援について検討した。

A. 研究目的

本研究の目的は、救命救急センターにおける自殺対策支援に資するために、看護職者が自殺未遂者に対して、どのように対応しているのかという現状を把握し、救命救急の現場で看護職

救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発することを最終目標とし関東圏（東京、千葉、神奈川、埼玉）の救命救急センター47施設、および日本救急看護学会と日本臨床救急医学会における自殺未遂者ケア関連の研究発表者の参集による「救急医療における自殺対策支援検討会」を開催した。

（倫理面への配慮）

本研究は専門家との意見交換に基づくものであるが、必要な場合は倫理面への細心の注意を払いながら実施した。

C. 研究結果

1. 救急看護における自殺対策支援研究班

平成19年11月1日の会議で、救急看護の専門家は、（1）自殺未遂者への関わりは、通常の対応とは異なると思っはいるが、どこがどのように異なるのか、具体的にどのような対応をしたら良いのか分からないこと、（2）同様に、自殺未遂者の家族への対応も困難であることが、共通の課題としてあげられた。

12月14日の会議では、（1）自殺未遂者への具体的な対応、（2）自殺未遂者の家族への具体的な対応、および（3）救命救急センター常勤の精神科医の立場からの対応について議論がなされた。その結果、救急看護師を対象とした研修モデルを開発することになった。

2. 救急医療における自殺対策支援検討会

救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発することを最終目標とした「救急医療における自殺対策支援検討会」を開催した（平成20年2月8日）。研究班がコアメンバーとして主催し、関東圏（東京、千葉、神奈

川、埼玉）の救命救急センター47施設、および日本救急看護学会と日本臨床救急医学会における自殺未遂者ケア関連の研究発表者の参集を促した。厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課から2名の来賓を迎え、参加者17名、主催者12名の参加があった。

実際に自殺未遂者への対応テンプレートを活用している施設もあった。このように、標準的な質問項目と対応手順を、クリティカルパス等のわかりやすいガイドラインとして行くことの有効性について提案がなされた。

D. 考察

身体治療を一義的とする救命救急センターでは、自殺未遂者に対して十分なコミュニケーションをとることが難しい。我が国で精神科医が常勤している救命救急医療機関は極限られており、タイムリーな精神科コンサルテーションが難しいのが現状である。さらに、救命を第一義とするがゆえに、自ら命を絶つ行為をする自殺未遂者の気持ちに共感をもつことや、それをくり返す患者の治療に心の葛藤ないしディレンマが存在することも否めない。

搬入された自殺未遂者およびその家族に最も身近な存在となる医療者が看護職である。さまざまな困難性を抱えながらも救命救急医療での看護師の役割は大きい。

E. 結論

今回開催した第1回救急医療における自殺対策支援検討会に参加した救命救急医療に従事する看護職は、自殺予防に高い関心を示していた。これをスタート地点として救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを構築していくことが

我々に課された課題である。今後は具体的なク
リティカルパスの試験的な導入も視野に入れて
自殺対策支援に資する開発研究を進めていく予
定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 現在のところなし
2. 学会発表 現在のところなし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

救急看護における自殺対策支援に関する研究

研究協力者 守村 洋 札幌市立大学看護学部看護学科 准教授

研究要旨：自殺者が年間3万人を超える深刻な状況のもと、救命救急センターに搬入される自殺未遂者は増加している。身体治療を施す時間的制限下では十分な対応も出来ず、また、起因する精神障害を抱える人への対応に苦渋している。**研究の目的**：救命救急の現場で働く看護職者が自殺未遂者に対し、どのように対応しているのかという現状を把握することと、その結果を受けて救命救急の現場で看護職者が活用できる手段を開発することである。**研究方法**：救急医療に関する専門学会誌より研究動向を検討した。次に救急医療に従事している救急看護認定看護師を加えての研究班を組織し、自殺対策支援を検討した。そして、救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発することを最終目標とした「救急医療における自殺対策支援検討会」を開催した。**研究結果**：救命救急センターに従事する看護職者のディレンマが研究動向および現場の声として明らかになった。精神保健領域の医療者との連携および協力が不可欠である。精神保健領域で培った知識、経験および技術を救命救急の場面で活用できるためには、これまで以上の連携および協力が喫緊の課題として明らかになった。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

中村 恵子	札幌市立大学 看護学部看護学科 教授
有賀 徹	昭和大学 医学部救急医学講座 教授
大高 明子	千葉県救急医療センター 副看護師長・救急看護認定看護師
吉田 葉子	救急看護認定看護師
安田 美佳	北里大学病院 看護主任・救急看護認定看護師
竹内ひとみ	北海道大学医学部附属病院 ICU・救急部ナースセンター 副看護師長
西 典子	横浜市立大学 医学部看護学科 助教
山田 朋樹	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 助教
河西 千秋	横浜市立大学 医学部精神医学教室 准教授
三宅 康史	昭和大学医学部 救命救急センター・救急医学講座 准教授
伊藤 弘人	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部部長

A. 研究目的

我が国では平成10年以来、年間自殺者が3万人を超えるという深刻な緊急事態に直面している。また自殺未遂者は少なく見積もって既遂者の10倍となる30万人が存在すると推定されている(高橋、2004)。

このような背景のもと、救命救急センターなどに搬送される自殺未遂者は年々増加している。救命救急センターの機能として救命処置が優先されるが、身体的治療が終了すれば、ほとんどの場合は退院あるいは転院する。救命救急センターに従事する看護師は、その救命を第一優先する機能ゆえに、自ら命を絶とうとする自殺企図者に対し、ディレンマを感じることも否めない。また、自殺に起因する精神障害を抱える人への対応に、日々苦渋している場合もある。一方、精神科医が常勤している救命救急センターは希少であり、精神科の診断および治療が必要な場合でも、その対応に時間を要することが多い。

本研究の目的は、救命救急の現場で働く看護職者が自殺未遂者に対し、どのように対応しているのかという現状を把握することと、その結果を受けて救命救急の現場で看護職者が活用できる手段を開発することである。

B. 研究方法

はじめに、過去の救急医療あるいは救急看護の学会誌から「自殺(未遂者)」「精神科・精神障害」に関する研究発表論文を検索した。自殺未遂者への支援に関する研究動向について検討した。

次に、日本救急看護学会理事長・中村恵子氏(札幌市立大学)の推薦を経て、「自殺対策」に関心を示している救命救急センターに従事している救急看護認定看護師3名を加えた研究班を組織し、会合を開催した。2回目の会合以降、順次、救命救急センター常勤の精神科医および精神保健看護領域の看護師を加え、コアメンバーを結成し、救急看護における自殺対策支援について検討した。

最後に、救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発することを最終目標とし、関東圏(東京、千葉、神奈川、埼玉)の救命救急センター47施設、および日本救急看護学会と日本臨床救急医学会における自殺未遂者ケア関連の研究発表者の参集による「救急医療における自殺対策支援検討会」を開催した(平成20年2月8日、都内ビジネスセンター)。

(研究倫理への配慮)

本研究は専門職との意見交換に基づくものであるが、必要な場合は倫理面への細心の注意を

払いながら実施した。

C. 研究結果

1. 先行研究分析

救急医療あるいは救急看護に関する先行研究分析として「日本救急看護学会」と「日本臨床救急医学会」の2つの学会を選択した。日本救急看護学会は日本救急医学会から看護部会を経て平成10年に独立設立し、救急看護領域で最大規模となる2,232名の会員数（平成19年11月末）を擁している学会である。また、日本臨床救急医学会は、平成9年発足し、正会員（個人）2,702名、賛助会員（企業）4社、組織会員（消防機関）106件（平成19年7月末）の会員数を擁し、その会員は医師のみならず看護師や救急隊員の他、救急医療に関係するコメディカルスタッフや消防機関も参加している学会である。それぞれの学術集会にて報告された論文を、学会誌から抽出・分析した。

1) 日本救急看護学会

第6回（平成15年）学術集会から第9回（平成18年）学術集会までの過去4年分から抽出した（巻末表1参照）。表に示すように救急看護の領域で自殺未遂者に関する研究に取り組んでいる施設は希少であることが分かる。導入部分で

触れたように自殺未遂者の増加に伴い、救命救急センターでの介入場面が増しているはずである。にもかかわらず自殺未遂者に関する研究が少ないのは、実際に介入場面があっても、手を出さず、あるいは、出せずにいるディレンマ状況ではないかと推測された。

2) 日本臨床救急医学会

研究期間に入手できた2年分の日本臨床救急医学会誌から分析した。

第8回（2005）学術集会では一般演題262件が報告されている。その中で自殺未遂者に関する研究は、パネルディスカッションで2件、ミニシンポジウムで1件あった。また、部門別では「中毒」21件、「精神科救急」5件であり、中毒に関する事例検証型や精神科との連携に関する報告が多い。

一方、第10回（2007）学術集会では、一般演題324件が報告された。自殺未遂者に対するものとして、特別講演「我が国における自殺対策の現状について」とワークショップ「プレホスピタルケアにおける精神科領域への対応 - 精神科救急と一般救命救急との狭間で -」が企画されていた。それらのテーマはまさに本研究のねらいに適合したものであり、救命救急の現場で最も喫緊の課題であることがより明確になっ

た。

2. 救急看護における自殺対策支援研究班

先に述べた先行研究分析と同時進行で、研究班を立ち上げ、救急看護における自殺対策支援への検討をしていった。

1) 第1回研究班会議

平成19年11月1日、国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部セミナー室にて開催された。救命救急センターの認定看護師3名から現場の声（現状）の聞き取りおよび整理することを目的とし、日本救急看護学会からの推薦を経た大高明子氏（千葉県救急医療センター）、吉田葉子氏（当時、前橋赤十字病院）、安田美佳氏（北里大学病院）の3名が参集した。

それぞれが所属する施設の機能や役割などが異なることは言うまでもないが、3者が共通している課題は、「これで良かったのか？」という自殺未遂者への関わりの不全感と家族への対応の困難さであった。

①自殺未遂者（精神障害者）への関わり

自殺未遂者への関わりは、通常への対応とは異なると思っはいるが、どこがどのように異なるのか、具体的にどのような対応をしたら良いのか分からないことが共通して述べられていた。

何とかしたい思いで勉強会を開催したり、精神科勤務経験者に相談するなど日々努力が絶え間ない。精神科医が常勤している施設はタイムリーに相談することが可能であるが、そのような施設は限られている。知識及び経験の未熟さから自殺未遂者への関わりはもとより、その根底にある精神障害者への関わりの困難さが浮き彫りとなった。

②自殺未遂者の家族への対応

自殺未遂者への関わりと同様に、自殺未遂者の家族への対応の困難さも共通の課題としてあげられた。救命救急の場面という時間的に限られたなかでの家族への支援は、常に考えつつも現実的には行われていないことが多い。看護師であれば短時間であっても家族に対して関わりたい気持ちが強い。ただ、自殺未遂を発見する機会が多い家族に対し、具体的にどのように関わっていいのかわからないという課題が明らかになった。

2) 第2回研究班会議

初回の研究班会議を受けて、平成19年12月14日、国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部セミナー室にて第2回目の研究班会議が開催された。前回の会議から抽出された課題解決のため、精神保健看護領域の専門職

および救命救急センター常勤の精神科医を研究班メンバーに加えた。精神保健看護領域の専門職としては、自殺未遂者への具体的な対応を西典子氏（横浜市立大学）、自殺未遂者の家族への具体的な対応を竹内ひとみ氏（北海道大学医学附属病院）に依頼した。また、救命救急センター常勤の精神科医として山田朋樹氏（横浜市立大学附属市民総合医療センター）にそれぞれレクチャーを依頼した。

①自殺未遂者への具体的な対応

西氏は2次救急病院での実態調査から自殺企図者の救急外来でのケアの必要性が報告された。救急外来の看護師から語られた言葉からは、何度も繰り返し毎回同じような対応しか出来ない、根本治療につながらない、話を聞くことの意味を見出せないなどの「困難感」、どこまで関わって良いのか分からない、救急外来の性質上自殺企図者への対応の優先順位が高いとは思えないなどの「躊躇」、対応できる十分な人員の必要性、精神疾患患者が来院した時の専門医療機関の受け入れが欲しいなどの「サポート」の3点が抽出された。

救命救急医療は自殺企図者に対して身体的治療が優先されると同時に、最初の危機介入の場として重要な役割を果たす。救急医療の場での自殺企図者に対する看護を、その病理性の理解

と関わることへの積極的な意志を持ち、より有効で専門性の高い看護実践の必要性を示唆された。（参考文献1）

②自殺未遂者の家族への具体的な対応

竹内氏は自身の所属する救急部の実態から事例を提示し、その家族への対応が報告された。約90%の自殺未遂者は家族第一発見者である。それほど家族への対応の重要性を強調された。

家族が、自責的にならないように家族の気持ちに寄り添いながら支援していくことが大事である。特に、第一発見者である家族は、出来事がトラウマになる可能性が大きいため、時間をかけて関わる必要があるなどが示唆された。

（参考文献2）

③救命救急センター常勤の精神科医の立場から

山田氏は常勤の精神科医として自身の所属する救命救急センターの実態から、自殺未遂者への対応が報告された。

手帳サイズのナース対応マニュアルを独自に作成し、自殺未遂者が来院した時にはそれに従った対応を実施していた。また、自殺により遺族になった家族に対し、遺族ケアパンフレットを渡している。来院時はほとんどが覚えていないが、時間が経つと活用されているという報告があった。

一方、スタッフが自殺企図者を前にして実際

にやりがちな対応として、Goddamn Syndrome (くそつたれ症候群) があることを指摘された。(参考文献 3)

3) 救急医療における自殺対策支援検討会

これらの研究班会議を経て、救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発することを最終目標とした「救急医療における自殺対策支援検討会」を開催した(平成 20 年 2 月 8 日、都内ビジネスセンター)。研究班がコアメンバーとして主催し、関東圏(東京、千葉、神奈川、埼玉)の救命救急センター 47 施設、および日本救急看護学会と日本臨床救急医学会における自殺未遂者ケア関連の研究発表者の参集を促した。厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課から 2 名の来賓を迎え、参加者 17 名、主催者 12 名の参加があった。プログラムは参考文献 4 を参照のこと。

それぞれのプレゼンテーションを経ての意見交換の時間が限られていたため、急遽グループ討議に変更し参加者全員が発言できる機会を設けた。巻末の表 2 はグループ討議を発表された内容をまとめたものである。いわば実際現場の救急看護師たちの生の声である。

グループからの発言から、救命救急の現場ではさまざまな困難を抱えながら看護を実践して

いることが分かった。また、横浜市立大学付属市民総合医療センター以外にも、独自のテンプレートを開発・活用している施設があることも分かった。

グループの意見・発表を受けて、日本臨床救急医学会代表理事・有賀徹氏(昭和大学)は、次のように提言した。

実際にテンプレートを活用して施設もあることは、標準的な質問項目を活用すれば自殺未遂者への対応は可能であろう。ただ現状として、自殺に関する知識はあるが活用できない、クリティカルパスが欲しいなどの課題が山積している。

そこで精神科の専門職で具体的なノウハウを活かした何らかのパスを作って実際に使ってみることも考えてはどうだろうか。試験的に使ってみることで、これまで成し遂げなかった自殺未遂者への対応が可能になることが予想される。

このように、標準的な質問項目と対応手順を、クリティカルパス等のわかりやすいマニュアルとしていくことの有効性について提案がなされた。

主催者側の不手際で十分なディスカッション時間を確保できなかったのは申し訳なかったが、参加者は秘された想いを表出し、課題を共有す

ることが出来たことは初回会議としては目的を果たしたことと考えられる。

D. 考察

身体治療を第一義とする救命救急センターでは、自殺未遂者に対して十分なコミュニケーションをとることが難しい。我が国で精神科医が常勤している救命救急医療機関は限られており、タイムリーな精神科コンサルテーションが難しいのが現状である。さらに救命救急センターに従事するスタッフは、救命を第一義とするがゆえに、自ら命を絶つ行為をする自殺未遂者の気持ちに共感を持たないことや、それを繰り返す患者の治療に、心の葛藤ないしディレンマが存在することも否めない。

搬入された自殺未遂者およびその家族に最も身近な存在となる医療者が看護職である。さまざまな困難性を抱えながらも救命救急医療での看護師の役割は大きい。

研究班での対策案として山田氏がまとめたように、すべての救命救急センターは自殺予防の要衝地であると考えられる。特に自殺未遂者に対しては、その役割が期待される。周知の通り、自殺の危険因子の中で最も重要なものは自殺未遂歴である（高橋、2006）。これまでの自殺を図ったものの幸いに救命されたことのある人のお

よそ10人に1人は、将来、同様の行為を繰り返し、自殺によって命をおとす。つまり救命救急センターでの危機介入が新たな自殺未遂を予防することが可能となる。その危機介入に参画しケア・マネジメントすることが救命救急に従事する看護職に求められる。コミュニケーション、関わり方など看護技術が駆使される場面でもある。また同様に、自殺未遂者の家族への援助も欠かせられない。このような援助は看護職でなければ、なし得ないケアの重要な一環かと考えられる。

このように救命救急センターに従事する看護職に自殺対策支援を期待をする以上、我々精神保健領域の医療者との連携および協力が不可欠となる。我々が精神保健領域で培った知識、経験および技術を救命救急の場面で活用できるようこれまで以上の連携および協力が喫緊の課題となろう。

E. 結論

今回開催した第1回救急医療における自殺対策支援検討会に参加した救命救急医療に従事する看護職は、自殺予防に非常に高い関心を示していた。これをスタート地点として救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを構築していくことが我々に課された課題である。今後は具

体的なクリティカルパスの試験的な導入も視野に入れて自殺対策支援を進めていこうと考えている。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 現在のところなし
2. 学会発表 現在のところなし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 参考・引用文献

- ・高橋祥友；自殺のリスクマネジメント 第2版、医学書院、2006
- ・高橋祥友・福間詳編；自殺のポストベンシ

ョン、医学書院、2004

- ・日本救急看護学会；日本救急看護学会雑誌、第9巻2号、2007
- ・日本救急看護学会；日本救急看護学会雑誌、第8巻1号、2006
- ・日本救急看護学会；日本救急看護学会雑誌、第7巻1号、2005
- ・日本救急看護学会；日本救急看護学会雑誌、第6巻1号、2004
- ・日本臨床救急医学会；日本臨床救急医学学会誌、第10巻第2号、2007
- ・日本臨床救急医学会；日本臨床救急医学学会誌、第8巻第2号、2005

表1 日本救急看護学会における自殺未遂者ケア関連の研究発表一覧

開催時期	研究数	研究者 (所属) 論文タイトル、Key Words
第 6 回 (2004)	発表研究 128 件中 1 件	・杉山良子、等 (大阪府立泉州救命救急センター) 当救命センターに搬送される自殺企図患者の現況 - 当センター搬送患者の傾向-、自殺手段・年齢・傾向性・転帰・精神的支援
第 7 回 (2005)	発表研究 143 件中 3 件	・佐本望、等 (東海大学医学部附属病院高度救命救急センター) 救命救急センターにおける暴力に対する看護師の認識 - 精神疾患患者からの暴力について、暴力・救命救急センター・精神疾患患者・統合失調症・薬物大量服薬 ・齊藤茜、等 (東北大学病院) 救急外来における自傷行為患者の現状と課題、自傷行為・精神的ケア・連携 ・大高明子、等 (千葉県救急医療センター) 救急病院での看護基準作成への取り組み - 自殺企図患者事例から看護基準作成、看護基準・看護の方向性・自殺企図・薬物中毒
第 8 回 (2006)	発表研究 116 件中 1 件	・清水明美、等 (前橋赤十字病院) 救命救急センター病棟に入院した急性薬物中毒患者の実態、救命救急センター・急性薬物中毒・自殺企図
第 9 回 (2007)	発表研究 123 件中 4 件	・三好香恵、等 (日本医科大学付属病院高度救命救急センター) 再自殺を繰り返す急性医薬品中毒患者の家族の体験 - 救命救急段階での家族援助を探る-、急性医薬品中毒・再自殺・家族援助 ・佐藤亜紀、等 (聖マリア学院大学) 自傷行為者に対する ER 型救命センターにおける介入課題 - 搬入記録の内容分析-、自傷行為・ER 型救急・救命センター ・西典子 (横浜市立大学医学部看護学科) 自殺企図患者の来院時実態調査 - 2 次救急指定病院救急外来での調査より-、救急外来・自殺企図・治療・看護 ・松田哉絵 (霧島市立医師会医療センター) 家族の代理決定支援 - 縊首後家族の手で蘇生されたが意識障害が残った患者の家族への支援、縊首後蘇生・家族看護・システムズ・アプローチ

表2 第1回救急医療における自殺対策支援検討会 参加者発言一覧

<自殺未遂者への関わり方の困難性>

看護師の知識不足としてどこまでどう関わっていいか分からない

介入のタイミングが難しい

どのような声を掛けていいのか分からない

<自殺未遂者の家族への関わり方の困難性>

家族への対応も難しい

家族への接し方、特に子どもへの接し方は難しい

<スタッフおよび時間的な制限>

マンパワー・場所の制限がある

精神科医がいるとありがたい

精神科医の常勤がうらやましい

抜管してからなどの時期的な問題が残っている

入院期間が短く、リピーターも多く、広い意味で地域ぐるみで予防策を考えることが必要である

<看護者の工夫>

自殺未遂テンプレートを活用している