

6 継続的支援の効果の評価と修正

自殺に傾いた人に対し、どのような支援とケアを、どのくらい継続的に提供することが必要かということは一人ひとり異なっている。ただ、自殺に傾いた人が、その追い込まれた状況から抜け出すには、身近な生活の場で、個別のかつ具体的な支援を、継続的に提供することが求められることが少なくない。

したがって、継続的な支援とケアの提供に際しては、あらかじめ対応担当者を決めておき、本人と共に支援の効果进行评估し、状況の変化に応じて支援内容を修正するなど調整することが望まれる。

【出会い方の相違による支援の効用と限界】

- 自殺に傾いた人との出会いと支援とケアの提供手段は、eメール、電話、面談、訪問などさまざまである。各々の相談窓口の特性、効用、限界、留意点を表にして示す。

出会いと支援の方法	対応時間・地域・交流手段	効用	限界	その他
Eメール	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応が可能 ・広域対応可能 ・文字での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・匿名性が高く、相談しやすい ・夜間の相談が可能 ・日常相談から広域的・専門的相談まで幅広い対応が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・使用法が分からないと利用できない ・継続的支援の保証がない ・返答に時間差がある ・頻回相談が起こりうる ・危険度の評価が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急隊・警察への出動要請判断が困難 ・面談、訪問などの支援への入り口の役割 ・頻回な再相談への対処の工夫が必要
電話	<ul style="list-style-type: none"> ・最大24時間までの対応が可能 ・広域対応可能 ・声での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・誰もが、いつでもどこからでも使える ・即応できる ・匿名性が高く相談しやすい ・日常相談から広域的・専門的相談まで幅広い対応が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・直接本人の様子の観察ができない ・声だけの評価・支援 ・頻回相談が起こりうる ・継続的支援関係が保証できない 	<ul style="list-style-type: none"> ・メールは文書回答となるため表現に注意が必要
面談	<ul style="list-style-type: none"> ・対応時間に制限 ・市町村・保健所・管轄域での対応 ・対面での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・直接本人の様子の観察ができる ・共に対応法を工夫しうる ・継続支援が可能 ・顔のみえるネットワークづくりが可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを受けられる地域に居住しているか、身近な所に窓口がなければ利用が困難 ・相談場所まで足を運ぶ手間がかかる 	<ul style="list-style-type: none"> ・危険度の評価が比較的容易 ・電話やメールによる相談支援の併用がありうる
訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・対応時間に一定の制限あり ・生活圏域の対応 ・家庭での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題を包括的に把握できる ・継続支援が可能 ・顔のみえるネットワークづくりが可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援者・支援対象者に戸惑い感を与える ・訪問時間に制限がある 	

- 出会いと支援の方法には、それぞれ効用と限界があるため、各相談窓口の担当者相互の顔のみえるネットワークづくりが求められる。

★8 社会資源を十分に活用するために必要なこと

相談者は、精神疾患の影響等で、体力や気力、自発性が低下していたり、判断力が低下している場合が少なくない。そのため、社会資源を紹介するだけであとは本人任せというやり方では、その社会資源が十分に活用されない場合がある。

他の専門機関への相談を勧める際には、相談機関と連絡先を伝えるだけに終わらず、紹介先に対応が可能かどうかを確認することが望まれる。また、できれば、相談対応日時、窓口名、担当者名などを確認のうえ、相談者にそれを伝え、また、後日、結果を知らせてもらうよう依頼するなど、確実に紹介先につなぐ方法を工夫することが望まれる。なお、個人情報保護の観点から、これらの支援は、本人・家族の同意を得て行うことが大切である。

★9 継続的な支援に向けた相談体制の整備

自殺に傾いた人に、一貫性のある継続的な支援とケアを確実に提供するためには、本人や家族・関係者と共に、支援の効果を評価し、状況に応じて支援内容や方法を調整する役割を担う担当者またはチームを、あらかじめ定めておくことが望まれる。

7. 相談担当者に対する支援とケア

自殺に関連した相談業務を継続的に実施するには相談担当者に大きな負荷がかかる。そのため相談担当者の所属する組織や部署では、相談担当者が燃え尽きないように支援するための工夫や体制作りが必要である。

【支援の方法・内容の具体例】

- 相談担当者自身の心の健康を保つためにセルフケア技能の向上のための研修を行う
- 相談対応技能を高めるための研修を行う
- 定期的な事例検討会や自殺対策の課題・問題を話しあうための話し合いの場を設ける
- 専門家や、自殺対策ネットワークの構成員との交流の機会をつくる
- 相談担当部署や組織は、必要時に、相談担当者が専門家により精神的ケアを受けることのできる体制を整える

★10 担当者が燃え尽きないために

自殺に関連した相談に日々従事することは容易なことではない。いくら多くの事例にうまく対応できたとしても、対応が困難な事例や、どうしても自殺を防ぎきれなかったという経験をすることがあるかもしれない。自殺に傾く人を一人で支える事はできない。相談担当者は、むしろ一人だけでできることの限界を知り、自殺に傾く人一人ひとりに対して、支援を共に提供しうる仲間や、対処の方法・手段を日頃からできるだけ多く準備しておくことが求められる。

8. 地域の自殺対策と生きやすい地域づくりに向けた取り組み

自殺には、健康問題や家族問題だけではなく、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的な要因が複雑に関係しており、保健医療、福祉、心理、経済、法律等のさまざまな視点からの支援が必要である。
したがって、自殺対策を効果的に押しすすめるためには、各種地方行政機関のみならずさまざまな領域の民間人たちが、相互に協力しあいながら生きやすい地域づくりに取り組む必要がある。

【地方行政機関の機能・役割分担の見直し】

- 平成 18 年に障害者自立支援法と自殺対策基本法が施行されたことにより、地方行政機関の機能・役割分担の見直しがなされた。
 - ・市町村：母子保健、老人保健福祉、障害者福祉相談に加え、地域住民のメンタルヘルス相談も含む、日常生活にかかる総合相談や個別支援
 - ・保健所：市町村支援と精神科医療の利用にかかる相談
 - ・精神保健福祉センター：自殺の実態把握などの調査研究、広域情報センター機能、相談担当者やゲートキーパーの養成、精神保健福祉関連団体の支援、広域地域資源ネットワークづくり支援
- 今日、包括的・総合的な地域の自殺対策を推進するためには、市町村、都道府県、国の各種行政機関が個々ばらばらに相談支援活動を行うのではなく、相互に連携しあって、立体的かつ重層的で有機的な相談支援体制を築き上げる必要がある。

【公民協働で取り組む「生きやすい地域づくり」】

- さらに行政機関相互の連携のみならず、障害者当事者グループ、家族会、各種精神保健福祉関連団体の他、市民グループや民間 NPO 法人などが公民協働で、生きやすい地域づくりに取り組む必要がある。
- 行政機関と協働で取り組む地域の民間団体の具体例を示すと以下のとおりである。
 - ・社会福祉協議会、司法書士会、弁護士会、かかりつけ医、各種民間医療機関、電話相談機関、各種 NPO 法人、精神保健福祉および各種ボランティアとその団体、学校保健、職域保健、地域保健関連の各種民間団体、マスメディア、その他

Ⅲ. 解説と資料

1. わが国の自殺問題の現状と対策のあゆみ

わが国の自殺者数は、平成10年に一挙に8,000人余り増加して3万人を越え、その後も高い水準が続いている。けれども、わが国の自殺対策は、従来、うつ病対策や心の健康づくり対策を中心とした取り組みはなされていたものの、総合的な自殺対策はほとんど行われてこなかった。

そうした状況にあって、自殺に傾いた人や自殺者の親族等への支援については、平成14年12月、厚生労働省が設置した自殺防止対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」の中で初めて自殺対策の論点として認識されるに至った。

その後、自殺で身近な人を亡くし遺族となった人々や、自殺未遂者や自殺者の親族等に対する支援に取り組んでいる民間団体から、自殺未遂者や自殺者の親族等への支援を含む総合的な自殺対策に取り組むべきであるとの強い要望が出されようになり、それに応える形で平成17年7月に参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、平成18年6月に制定された「自殺対策基本法」では、自殺未遂者や自殺者の親族等に対する支援が明文化され、その重要性が明確化された。

さらに、平成19年6月には、政府の推進すべき基本的かつ総合的な自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が策定され、自殺未遂者や自殺者親族等の支援に対する取り組みの重要性についても言及がなされるに至った。

2. 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱

自殺対策基本および自殺総合対策大綱の概要は図1、2に示すとおりである。

図1 自殺対策基本法の概要

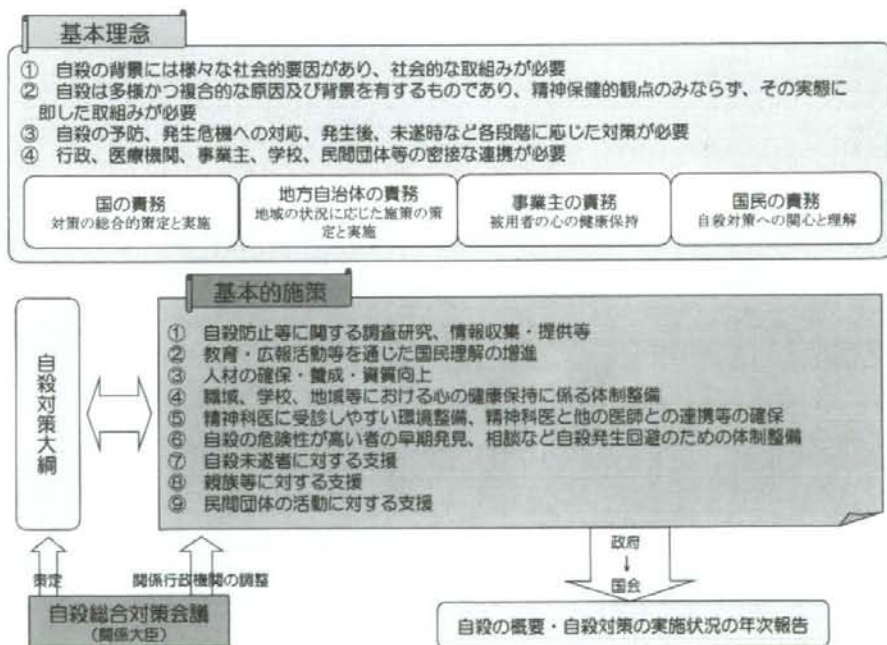
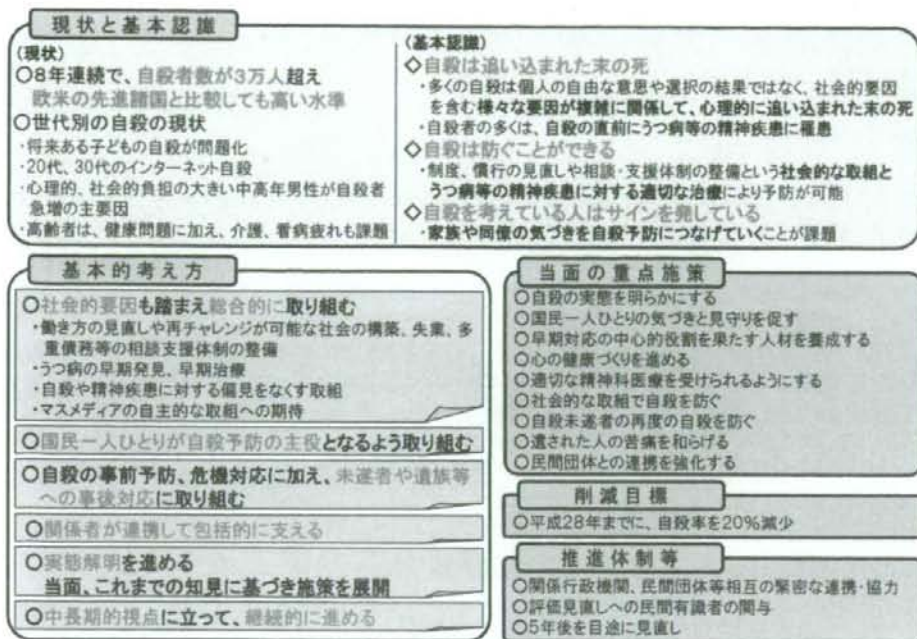
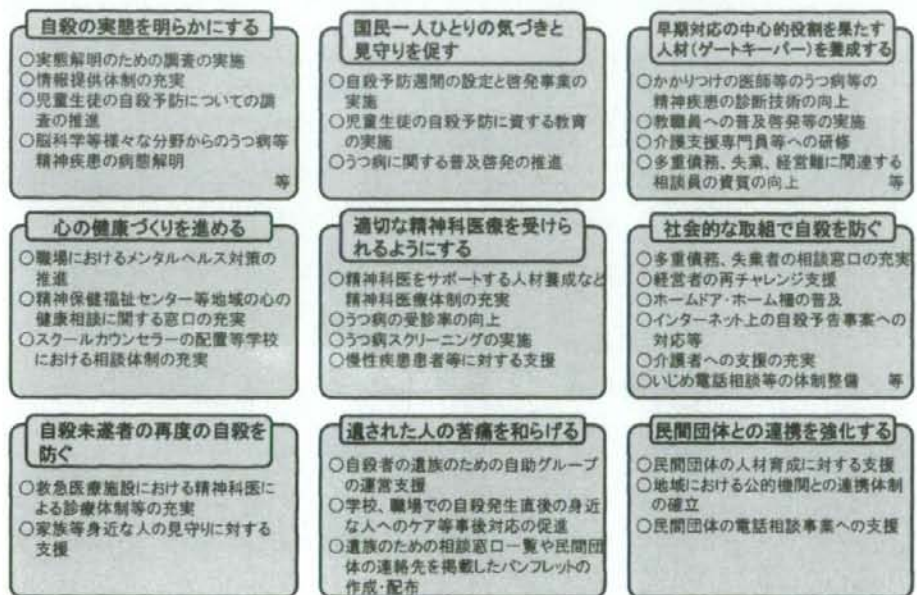


図2 自殺総合対策大綱の概要



自殺を予防するための当面の重点施策



自殺対策基本法の基本理念や自殺総合対策大綱の基本認識としてはっきり示されているように、自殺のサインを見逃さず、精神保健福祉領域のみならず社会的な取り組みをも含む包括的・総合的な支援を提供することで、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ことができる。

特にこれら自殺に傾いた人々への対応には、多くの場合、迅速性が求められており、縦割り主義は禁物である。そのため、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、常日頃より、相互に自殺対策に関する認識や情報を共有し、連携を密にするよう努め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担当者の育成や、それらの人々を支える体制の構築も重要である。

なお、自殺総合対策大綱に基づく策定後1年間の活動状況の評価と、最近の硫化水素事件などの自殺の動向をふまえて、自殺対策の一層の推進を図るために、当面、強化し加速化していくべき施策が、自殺総合対策会議でとりまとめられ、平成20年10月31日に「自殺対策加速化プラン(図3)」として公表された。

図3 自殺対策加速化プランの概要

<p>1. 自殺の実態を明らかにする</p> <p><情報提供体制の充実> ○自殺統計に係るデータの分析・提供</p> <p><既存資料の利活用の促進> ○自殺統計原票への調査項目追加を検討</p>	<p>4. 適切な精神科医療を受けられるようにする</p> <p><うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進> ○うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等の調査研究を推進、継続的な治療・援助を行う体制を整備、自助活動への支援等を実施</p> <p>○精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、早期発見、早期介入のための取組を推進 ※大綱に項目追加</p>	<p>6. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ</p> <p><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> ○心理的ケアを中心に関係者研修を実施</p> <p>○自殺未遂者ケアに関するガイドラインを作成</p>
<p>2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す</p> <p><児童生徒の自殺予防に資する教育の実施> ○教職員向けのマニュアルの作成を加速</p> <p>○情報教育に関する手引きの作成</p> <p>○生命を尊重する心を育む教育を普及</p>	<p>5. 社会的な取組で自殺を防ぐ</p> <p><地域における相談体制の充実> ○精神保健福祉センター等と関係機関の連携強化による相談体制の充実</p> <p>○公的電話相談事業の統一ダイヤルを推進</p> <p><危険な場所、薬品等の規制等> ○販売事業者に対する注意喚起等の実施</p> <p><インターネット上の自殺関連情報対策の推進> ○第三者に危害を及ぼすおそれの高い物質の製造方法を教示・誘引する情報について削除するよう依頼するインターネット・ホットラインセンターの取組に対する支援</p> <p>○「違法・有害情報への対応等に関する契約約款モデル条項」の見直し</p> <p>○インターネット上の違法・有害情報の検出を行うための技術開発を推進</p> <p>○青少年へのフィルタリング普及やインターネットの適切な利用に関する教育の推進等 ※大綱に項目追加</p> <p><インターネット上の自殺予言事案への対応等> ○検索サイト管理者との意見交換等の実施</p>	<p>7. 遭された人の苦痛を和らげる</p> <p><自殺者の遺族のための自助グループの運営支援> ○遺族の集いの開催に対する支援の実施</p>
<p>3. 心の健康づくりを進める</p> <p><職場におけるメンタルヘルス対策の推進> ○専門家派遣や担当者の育成等を実施</p> <p>○産業医と地域保健等との連携による円滑な職場復帰支援の推進</p> <p><地域における心の健康づくり推進体制の整備> ○地方公共団体等に対する研修の実施</p> <p>○精神保健福祉センターで復職相談を実施</p>	<p>8. 民間団体との連携を強化する</p> <p><地域における連携体制の確立> ○先駆的な民間団体に対する支援の充実</p> <p>○ネットワーク構築のための取組を促進</p>	<p>9. 推進体制等の充実</p> <p><国における推進体制> ○特異事案の発生等の通報体制の整備及び緊急連絡会議の開催</p> <p><地域における連携・協力の確保> ○市町村に自殺対策担当部署が設置されるよう、働きかけ ※大綱に記述を追加</p>

3. 本指針作成の経緯

(1) 「自殺未遂者ケアガイドライン作成指針」の策定

わが国の自殺未遂、自傷行為に関する実態調査や研究は始まったばかりである。そうしたなか、平成18年度に、自殺未遂者および自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針の作成を目的に、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」が開始された。そして、本研究の成果をふまえて、平成20年3月、自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書のなかで「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成指針」と「自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」が公表された。

このうち、自殺未遂者ケアガイドライン作成指針は、高度救命救急センターにおける重症自殺未遂者の実態、国内外のさまざまな自殺予防のためのガイドラインや手引書に加え、専門家や相談担当者の意見聴取をふまえて作成された。そして、内容的には、本指針にも盛り込んだ基本的共有事項の他、今後、使用対象者別の未遂者支援ガイドラインの作成が必要であることや、普及啓発を効果的に図るための配布資料の作成、普及啓発の場と機会の設定、普及媒体の工夫などについて述べている。また、効果的かつ継続的なケアを提供するためには自殺未遂者ケアに関する実態把握が必要であること、支援を行う様々な実施主体が各々の長所を生かし、地域ケア体制の充実を図るため自殺対策連絡協議会を活用することや、相互の勉強会やワークショップ等を通じた連携の強化の必要性などについてもガイドラインに盛り込むべきであるとの提言がなされている。

(2) 本指針の作成

本指針は、この「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成指針」および各地方自治体が今日までに作成したマニュアルやリーフレットなどを参照しつつ、フロントラインの地域保健福祉関係者が、自殺に傾いた人への相談・支援活動を行い、また、地域の社会資源の活用と充実化を図るうえで活用してもらうことを目標に作成した。

ところで、今日、地域住民の日常生活に直結した保健福祉にかかる相談を行うフロントラインは保健所から市町村へと移行・拡大しつつある。このような、生活圏域ないし市町村圏域での地域生活相談・支援活動の充実化を目指す流れのなかで、市町村の行政職員やサービス提供事業者等が、個別具体的な生活上の問題にかかる相談・支援を担う機会は大幅に増えつつある。そして、こうした日常相談・支援業務のなかで出会う地域住民が、自殺を考えていたり、自傷行為や自殺未遂をしたりしていることが分かり、その相談対応や支援・ケアを行うことが求められるようになってきており、今後、そうしたニーズはさらに増えることが予想される。

自殺には、健康問題や家族問題だけではなく、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的な要因が複雑に関係しており、保健医療、福祉、心理、経済、法律等の様々な視点からの支援が必要である。したがって、こうした地域ニーズに応えるためにも、市町村、保健所、精神保健福祉センターなどの地域精神保健医療福祉関連の地方行政機関は、個人情報保護の視点をふまえつつ、他の各種行政相談対応部署とも相互に連携・協力しあって「立体的かつ重層的な相談支援体制」を整備し、地域住民に生活者の視点に立った包括的・総合的・有機的な支援とケアを提供しうる地域の相談・支援体制の整備と社会資源の充実化に取り組むことが求められる。

なお、本指針の使用に際しては、本指針と対をなす指針として作成された「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」を併せて使用されることが望ましい。また、その他にも、現在、救急医療関係者、精神科救急医療の場での自殺未遂者の支援にかかる指針が作成中であるが、さらに、学校、職域、地域における支援活動の担当者（教員、職場の健康管理者、民生委員等、その他の自殺未遂者と接する機会のある者（警察、消防救急隊、医療機関等）を対象としたガイドラインについては、別途、作成することが望まれる。

4. メンタルヘルス対策の重要性

自殺には多様かつ複合的な原因・背景があり、自殺に傾いた人を支えるためには心身の健康から社会的支援まで総合的・複合的な取り組みが必要である。実際、自殺に傾いた人の心の健康度は著しく損なわれており、また、そうした本人を支援する家族や関係者、相談担当者の健康度もまた低下していることが少なくない。したがって家族や相談支援担当者等も含む全ての地域住民のメンタルヘルス対策を推進することが重要な課題といえる。

(1) 動向

21世紀の国民の健康づくり計画である「健康日本21」では、健康の保持・増進には、体の健康のみならず心の健康づくりが大切であることが明示された。そして、心の健康度を高めるため、自殺者数の減少なども含め具体的な数値目標を掲げて、学校、職場、地域が一体となって取り組む必要があることが示された。また、自殺対策基本法が制定され、新健康フロンティア戦略にも「うつ対策」が盛り込まれるなどの流れの中で、国や都道府県、市町村では、広く地域住民を対象にしたメンタルヘルスにかかる普及・啓発の取り組みがなされるようになりつつある。こうして、今日、すべての地域住民の心の健康づくりは国策上の重要課題として位置づけられるようになった。

(2) 現状

とはいえ、地域には、いまだに精神疾患患者、精神障害者、自殺未遂者等への偏見・差別が根強く残っており、自殺に傾いた人が、自らその辛さを言葉にして、家族、友人や地域の相談関係機関などに支援を求めることが困難な状況にある。また、職場における、勤労者のメンタルヘルス対策については、一部の大企業では少しずつその取り組みがなされるようになったものの、中小企業にまで広く拡がりつつあるとは言い難い状況にある。そのため、心の健康が損なわれていることに気づきながらも、雇用上の不利益を被ることをおそれて支援を求めることをためらう場合が少なくはない。また、教育の現場においても、心の健康づくりのための具体的な取り組みがなされるようになるのは、今後に残された課題であるといえよう。

(3) 今後の課題

これからは、さまざまな生活の場において、広く心の健康の保持・増進に関する適正な知識を普及させ、メンタルヘルスについての理解の輪を拡げていくことによって、自分自身、家族、友人、職場の同僚などの心の健康度が低下し、何らかの支援が必要となったとき、地域の社会資源を適切に利用しながら心の健康を取り戻すことができるような新たな地域づくりに積極的に取り組んでいく必要がある。

すなわち、自殺対策への取り組みのなかで、一人でも多くの地域住民が、心の健康づくりの意義を理解し、自らの心の健康度を適正に判断し、それを維持できるよう、普及啓発をすすめるということは極めて大切な課題である。そして、自らの心の健康づくりを実践できるようになった人達が、さらに相談担当者やゲートキーパーの養成研修などを受け、自殺に傾いた人達への相談支援活動を行うなど、地域の相談支援ネットワークの充実化に向けた取り組みに参画して、「生きやすい地域づくり」を推し進めていくことが求められる。そして、こうした学校、職場と地域とが一体となったメンタルヘルス対策の推進こそが、効果的な自殺対策を推し進める基盤となろう。

5. 参考文献/参考資料

- 各自治体の地域特性をふまえた「自殺に傾いた人への支援・ケア」ガイドラインやマニュアル等を作成する上で参照しうる資料を幾つか示す。
 - 1) 自殺総合対策のあり方検討報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」平成 19 年 4 月
 - 2) 自殺総合対策大綱、平成 19 年 6 月
 - 3) 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書、平成 20 年 3 月
 - 4) 自殺対策加速化プラン、平成 20 年 10 月
 - 5) 自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 6) 自殺予防 プライマリケア医のための手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 7) 自殺予防 教師と学校関係者のための手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 8) 自殺予防 職場のための自殺予防の手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 9) わたしのこころサポート講座テキスト、神奈川県地域(大和市)自殺対策推進連絡協議会テキスト作成委員会、平成 20 年 3 月
 - 10) こころサポーター養成研修テキスト、神奈川県地域(大和市)自殺対策推進連絡協議会テキスト作成委員会、平成 20 年 3 月
 - 11) 相談の進め方 ～自殺にまつわる相談をめぐる～、東京都立中部総合精神保健福祉センター、平成 20 年 3 月
 - 12) 長崎県自殺総合対策；相談対応の手引き集(「自死遺族への相談支援の方法」「借金・経済問題への対応」「メンタルヘルス問題への対応」)長崎県自殺対策専門委員会、平成 20 年 9 月
 - 13) 自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針、平成 20 年 12 月
 - 14) 自殺予防活動をすすめるために～看護・介護などに携わる人のために～ 秋田県・秋田県医師会
 - 15) つながって支え合おう、自殺を防ぐために私たちにできること、きょうと精神保健福祉だより NO51、京都府精神保健福祉センター
 - 16) こころの健康だいじょうぶ、自殺予防対策パンフレット、三重県こころの健康センター
 - 17) こころのリスクマネジメント、一部下のうつ病と自殺を防ぐために一、中央労働災害防止協会、平成 16 年
- 自殺対策の最新情報(研修を含む)を得るために以下のホームページが役立つ。
 - ・自殺予防総合対策センター「いきる」<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>
 - ・内閣府自殺対策推進室 <http://www.8.cao.go.jp/jisatutaisaku//index.html>
 - ・全国精神保健福祉センター長会 <http://www.acplan.jp/mhwc/>
 - ・各精神保健福祉センターのホームページ
 - ・横浜自殺予防研究センター
<http://www.-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB-YSPRC/index.html>
 - ・NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク
<http://www.lifelink.or.jp/hp/top.html>
 - ・全国自死遺族総合支援センター <http://www.lifelink.or.jp/izoku-center/>
 - ・自死遺族団体全国ネット <http://www.jisihilcare.org/>
 - ・全国自死遺族連絡会 <http://www.ainokaisendai.web.fc2.com/rennrakukai.htm>
 - ・各自治体のホームページ

【編集責任者】

- *桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター
*河西 千秋 横浜市立大学医学部精神医学教室
川野 健治 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
伊藤 弘人 国立精神・神経センター社会精神保健部

(*執筆者)

【編集協力者(50音順)】

- 熱田 辰雄 大和市障害福祉課
稲垣 正俊 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
遠藤 隆三 川崎市田島地区民生委員・児童委員協議会
大塚 俊弘 長崎こども・女性・障害者支援センター
橋川美恵子 保護司(元大和市民生委員児童委員)
黒澤 美枝 岩手県精神保健福祉センター
小泉 典章 長野県精神保健福祉センター
小杉 敦子 神奈川県精神保健福祉センター
澁谷 貞子 大和市民生委員児童委員
竹島 正 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
田辺 等 北海道立精神保健福祉センター
土屋 史雄 神奈川県大和保健福祉事務所
伏見 雅人 秋田県精神保健福祉センター
清水 新二 奈良女子大学生生活環境学部
山田 麻貴 川崎市精神保健福祉センター
渡邊 直樹 関西国際大学人間科学部
濱田由香里 長崎こども・女性・障害者支援センター

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

研究分担者 有賀 徹 昭和大学病院 副院長
協力研究者 三宅康史 昭和大学医学部救急医学 准教授

研究要旨： **研究目的：**本研究での目的は、自殺企図患者が最初に運ばれる可能性の高い救急外来(ER)・救急科・救命救急センターにおいて、精神科常勤医のいない状況下でスタッフが不安を感じずに自殺企図者に対応できるよう手引きを作成することである。**研究方法：**2007年4月日本臨床救急医学会に自殺未遂者のケアに関する検討委員会を設立し、救急外来や救命救急センターで自殺企図患者の精神的治療に当たっている専門家をメンバーに招き、手引きを作成した。**結果：**2009年1月に最終的な手引きの第1版が作成された。**結論：**今回作成された手引きはまさに第1版であり、今後幅広く多くの意見をいただきながら改訂し、更なる使い勝手の良い手引きとして広く愛用されることを熱望する。

研究協力者氏名・所属研究期間名及び所属研究機関における職名

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
河西 千秋	横浜市立大学医学部精神医学教室 准教授
大塚耕太郎	岩手医科大学神経精神科学講座 講師
岸 泰宏	日本医大武蔵小杉病院精神科 准教授
坂本由美子	関東労災病院 ICU 看護師
守村 洋	札幌市立大学看護学部 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 講師
柳澤八恵子	聖路加国際病院救命救急センター 看護師

A. 研究目的

自殺による死亡者数は例年3万人を超え、各方面の努力にも拘らず減少の兆しが見えない。加えて現在の経済状況、医療環境の悪化からはさらなる増加が懸念される。本研究では、自殺企図患者が最初に運ばれる可能性の高い救急外来(ER)・救急科・救命救急センターにおいて、精神科常勤医のい

ない状況下でスタッフが不安を感じずに自殺企図者に対応できるよう手引きを作成することを目的とする。

B. 研究方法

2007年4月、日本臨床救急医学会に自殺未遂者のケアに関する検討委員会を設立し、救急外来や救命救急センターで自殺企図患

者の精神科的治療に当たっている専門家をメンバーに招き、全国の日本臨床救急医学会会員の所属する医療機関への自殺企図患者受け入れに関するアンケート調査を行ない、現状の把握と問題点の洗い出しを行った。また、メンバーの所属する救急部門で実際に企図患者に接する機会の多い看護職スタッフに対して、現場で自殺企図患者に接するに当たり特に困窮するケースを収集し、基礎データとして手引きの作成に利用した。

C. 研究結果（資料参照）

2009年1月に最終的な手引きの第1版が作成された（添付資料を参照）。

D. 考察

今後、その利用が広まり、各方面からの反応を取り入れつつ、改訂第2版への準備、日本救急看護学会との協力による手引きの看護師編などの作成、救急医療側に対応する精神科救急側の窓口との交流による幅広い自殺企図患者の初療への関与、転院に向けての協力、外来フォローアップへのスムーズな移行などを協議しシステムを確立する、などに取り組む必要がある。

E. 結論

今回作成された手引きはまさに第1版であり、今後幅広く多くの意見をいただきながら改訂し、更なる使い勝手の良い手引きとして広く愛用されることを熱望するものである。その使用によって、適切な自殺企

図患者の初療が行なわれ、最大の危険因子といわれる再企図数が減り、結果として自殺死亡者が減ることが最終的な目標である。同時にそれが救急部門で働く全てのスタッフと、自殺企図患者を支える家族にとっても負担を軽減するものであると信じている。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 三宅康史、有賀徹、伊藤弘人 他：自殺企図患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－日本臨床救急医学会「自殺未遂者のケアに関する委員会」の取り組み－。日本救急看護学会雑誌10(3)、2009（掲載予定）

2. 学会発表

- 三宅康史：自殺企図患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－日本臨床救急医学会「自殺未遂者のケアに関する委員会」の取り組み－。第10回日本救急看護学会学術集会交流集会V。自殺予防と救急看護（2008年11月名古屋）
- 三宅康史、大塚耕太郎、岸泰宏 他：「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。第12回日本臨床救急医学会。一般演題2009年6月大阪（発表予

定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

手引きの著作権は、日本臨床救急医学会
に属する。

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
平成 20 年〇月

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。

本手引書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20年12月 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)

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したものとしてまとめられた。つまり、関与する医療スタッフのための手引き書である。
- 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、患者の意識が回復するなどしてからである。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) 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も記述されていない。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。そのようであれば、手引きの目的は大半が達成される。
- 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20年12月 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

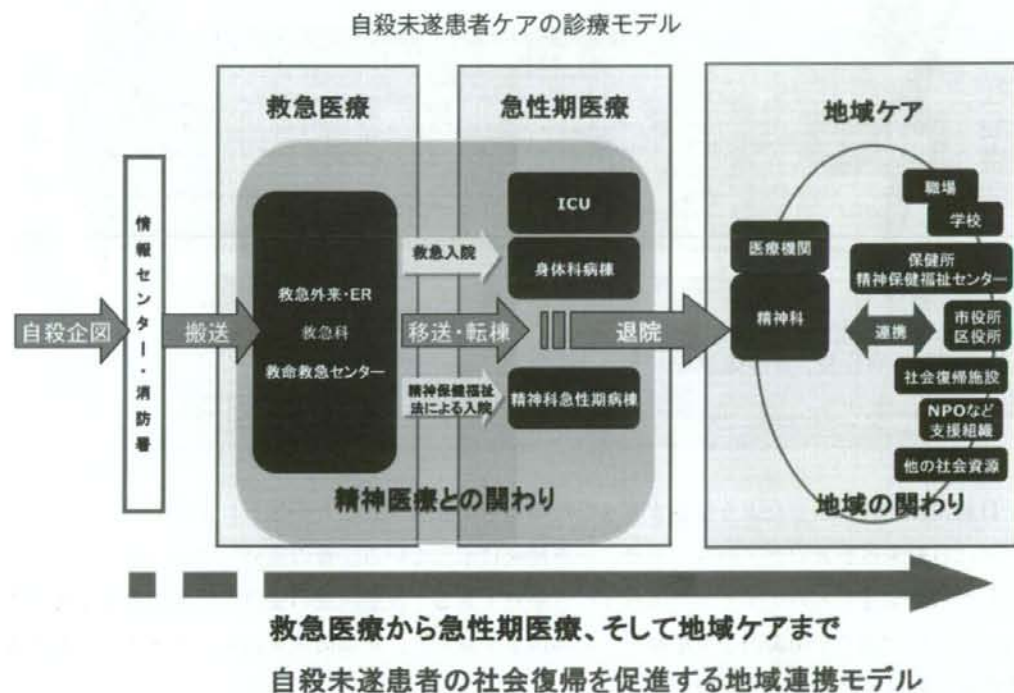
三宅 康史

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
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><ul style="list-style-type: none">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<ul style="list-style-type: none">①確認すべきこと、やるべきこと②退院の判断に慎重を期す患者とは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</div>	
III. 対応の流れ（看護師編）	17
IV. 対応の注意点	20
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><ul style="list-style-type: none">1. 対応の基本2. すべきこと3. してはいけないこと</div>	
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、その後の自殺の危険性が高く、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】

自殺未遂患者の多くは精神医学的な問題を抱えており、自殺企図の再発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・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。

【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。