

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。できるだけ具体的な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しまい、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ず、自尊心が非常に低い場合が多い。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みえる状況を「カタルシスが得られた」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。

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おう。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

- 治療側がゆっくりと落ちついて対応することで、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. 「自殺未遂患者ケアの流れと対応のイメージ (6p)」
- 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 (5p)」
- 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. 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割 (21-22p)
- 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ため、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者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送りください。

〒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●●年●●月●●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

精神科救急医療施設における自殺防止ガイドライン に関する研究

研究分担者 平田豊明 静岡県立こころの医療センター 院長

研究要旨：わが国の自殺者数は、平成10年に急増したまま減少の兆しがなく、社会問題化している。こうした状況を受けて、平成18年の自殺対策基本法の制定以来、関係各方面で自殺防止のための議論が幅広く展開されている。本研究の目的は、「自殺未遂者・自殺者親族のケアに関する検討会」が平成20年3月に示した「自殺未遂者・自殺者親族のケアに関するガイドライン作成のための指針」に準拠して、精神科救急医療の現場スタッフを対象とした自殺未遂者への対応に関するガイドラインを作成することである。今回の研究では、精神科医が常駐する救急救命センターを前提として、ガイドラインの試案を作成した。今後は、わが国の精神科救急医療システムを担う精神科単科病院を前提としたガイドラインを策定する必要がある。

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

大塚耕太郎	岩手医科大学神経精神科学講座 講師
河西 千秋	横浜市立大学医学部精神医学教室 准教授
川畑 俊貴	京都府立洛南病院 副院長
鴻巣 泰治	埼玉県精神保健福祉センター
酒井 明夫	岩手医科大学神経精神科学講座 教授
佐藤 雅美	東京武蔵野病院
澤 温	ほくとクリニック病院 院長
白石 弘巳	東洋大学 教授
杉山 直也	横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター 准教授
塚本 哲司	埼玉県精神保健福祉センター
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター 院長
八田耕太郎	順天堂大学 准教授

A. 研究目的

平成10年に急増し、その後10年以上にわたって高い水準で推移する自殺者の問題は、わが国において深刻な社会問題となっている。平成18年、自殺対策基本法が制定され、国を挙げて自殺防止や自死遺族の支援に取

り組む基本方針が打ち出された。平成19年には、この法律の趣旨を実現するための基本戦略として、自殺対策大綱が作成され、関係各方面での議論が喚起されてきた。そして、自殺防止と自死遺族支援の活動に携わる識者から構成される「自殺未遂者・自殺者親族

のケアに関する検討会」は、平成20年3月、「自殺未遂者・自殺者親族のケアに関するガイドライン作成のための指針」を策定した。

こうした議論を通じて、自殺の一次予防（学校や職場でのメンタルヘルス政策、多重債務対策など）、二次予防（自殺リスクの早期発見・早期介入など）、それに、三次予防（自殺未遂者のケア、自死遺族支援など）が検討されてきた。本研究では、精神科救急医療の現場で遭遇する自殺リスクに焦点を当て、自殺企図を未然に防止し、自殺未遂者の再自殺企図を防止するために、精神科医療スタッフが留意すべき事柄を網羅するガイドラインの作成を研究目的とした。

B. 研究方法

この目的を達成するために、研究協力者（日本精神科救急学会医療政策委員会委員を包括する）の一員である大塚（岩手医科大学精神科）が原案を作成し、研究協力者が相互に討論を重ねることを通じて、試案を作成した。

C. 研究結果（資料参照）

本研究の研究結果は、別添資料「精神科救急医療ガイドライン—自殺未遂者への対応（試案）」に示した。

D. 考察

本間によれば、救急救命センターに搬送される救急患者の8.8%が自殺企図患者である。その大半は生命リスクの高い自殺企図手段を選択し、再び自殺を企図するリスクも高い。しかし、幸いにして救命された患者のうち、精神科診療につながる患者は半数に満たな

いという(1)。

その理由は、救命センターにおける多忙のゆえに精神科受診への説得が十分になされないためであり、また、精神科へ紹介しても実際には受診しないケースが少なくないためであると推測されている。

一方、患者や家族の側から見た場合、精神科への受診意思があったとしても、新規に精神科医療機関を受診する場合には、アクセスが必ずしも容易ではない。受診に便利な位置にある総合病院精神科や精神科クリニックは、都市部では数こそ多いが、しばしば初診患者の行列ができており、数週間から数ヶ月も待たされることがある。

また、都道府県が運営する精神科救急事業は、運用面での地域差が著しく、受診へのゲートが狭い地域が珍しくはない。そして、精神科救急事業の主体が精神科単科の病院であるため、自殺企図ケースを含む身体合併症ケースへの対処能力が低い(2)。

心身双方の救急ケースに対応できる総合病院精神科は、主として経営的な理由により、病棟閉鎖や機能の縮小を余儀なくされている。平成20年度の診療報酬改定によって精神科救急入院料に合併症型が新設され、総合病院精神科病棟にも高水準の医療費が給付されることが可能性とはなったが、この病棟の認可条件をクリアできる施設は限られている。

このようなわけで、自殺企図患者が、せつかく一命を取り留めたとしても、再自殺企図を防止するための体制は、きわめて貧困というのが現状である。

本研究結果の原案を作成した大塚は、岩手医科大学付属病院救急救命センターにおい

て精神科コンサルテーションに当たる精神科医である。同センターに搬送された自殺企図ケースに対しては、身体的治療と併行して精神的評価と治療も実施される。本研究の成果である精神科救急医療ガイドライン試案も、したがって、自殺企図ケースの治療にとっては、理想的なシチュエーションを前提として組み立てられたものといえよう。

しかし、現実の救急医療システムは、身体科と精神科が別立てで運用され、両者の間には制度的な架け橋がない。したがって、今後は、両者の架け橋を追求するとともに、自殺防止ガイドラインについても、今回のガイドライン試案を原型として、精神科単科の救急医療施設バージョンが検討されなくてはならない。

今回のガイドライン試案は、予防医学的には、自殺企図の再発を防ぐ3次予防プログラムである。精神科救急医療は、自殺未遂者への対応だけでなく、自殺行動が企図される前の段階で自殺リスクを感知し防止する2次予防の役割をも担っている。したがって、自殺防止という観点に立てば、精神科救急の守備範囲は身体救急よりも広いのであるが、精神科救急医療の現状は、制度的にも技術的にも、不十分な水準にとどまっているといわざるをえない。自殺防止に寄与するために、精神科救急医療に課された課題は、山のようにある。

E. 結論

自殺防止のために精神科救急医療が果たすべき役割は数多いが、その役割を十分に遂行しているとはいいがたい。本研究では、精神科医が常駐する三次救命センターという、

自殺企図ケースへの対応にとって理想的なシチュエーションを前提として、再自殺企図防止のためのガイドライン案を示した。今後は、現行の精神科救急医療システムで中核をなす精神科単科病院を前提として、自殺未遂者および自殺リスクを潜在的に抱える患者への対応ガイドラインが策定される必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

I. 参考文献

- 本間正人：救急医療よりみた精神医療の課題。平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」報告書；88-152。2007
- 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究。平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」報告書；13-70。2008

精神科救急医療ガイドライン(案)

自殺未遂者への対応

The Guideline for Psychiatric Emergency Treatment: The
Management of Suicide Attempts, version 2009.1

日本精神科救急学会

平成21年〇月

まえがき

本の自殺者数は、平成10年に急増して3万人を超え、その後も高い水準で推移している。自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺の死亡率）は世界の中でも高い水準にある。自殺の背景に多重債務、長時間労働、失業など社会的要因があることも踏まえ、社会全体で対策に取り組むため「自殺対策基本法（平成18年法律第85号）」が制定された。

同法第2条3では、「自殺対策は、事前予防、自殺発生の危機への対応、及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない」とされ、第16条では「自殺発生回避のための体制の整備」、第17条では「自殺未遂者に対する支援」の必要性を強調している。同法に基づき、自殺対策の基本的かつ総合的な大綱として「自殺総合対策大綱」が平成19年6月8日に閣議決定された。自殺総合対策大綱における「自殺を予防するための当面の重点施策」の中でも、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、「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」として「精神科救急体制の充実を図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるよう救急医療体制の整備を図る」という点が骨子の一つとされている。加えて、「自殺未遂者に対する確かな支援を行うため、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」ことが必要であることを指摘している。

従前から精神科救急医療では、自殺関連行動や自殺念慮を伴うケースに対応することは稀ではない。昨今の自殺の現状に鑑みると、自殺未遂者や自殺の危険性が高い者に対して適切な精神科救急医療を提供することの重要度は高まっている。本ガイドラインは、自殺防止への社会的要請と臨床現場での急務に精神科救急医療が応えるための指針として作成された。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・自傷者の診療にあたって、このガイドラインを必携し、即戦力として活用していただければ幸いである。

平成21年 月 日
日本精神科救急学会
理事長 澤 温

目次

まえがき	2
I. 自殺、自殺未遂、自殺念慮、自傷行為について	4
II. 自殺未遂者ケアの全体像	5～6
III. 精神科救急フローチャート:精神科救急における自殺対策 10 のステップ	7～13
IV. 自殺対策 10 のステップの実践	14～49
i) 本人・家族・周囲からの情報収集	
ii) 自殺行動の手段と重症度の確認	
iii) 自殺企図の有無の確認	
iv) 現在の自殺念慮の評価	
v) 危険因子と背景の精神障害の評価	
vi) 危険度の評価	
vii) 治療環境の判断	
viii) 現場での適切な対応	
ix) アフターケア	
x) 地域ケアへの移行	
V. 自殺が発生したとき	49
あとがき	50

I. 自殺、自殺未遂、自殺念慮、自傷行為について

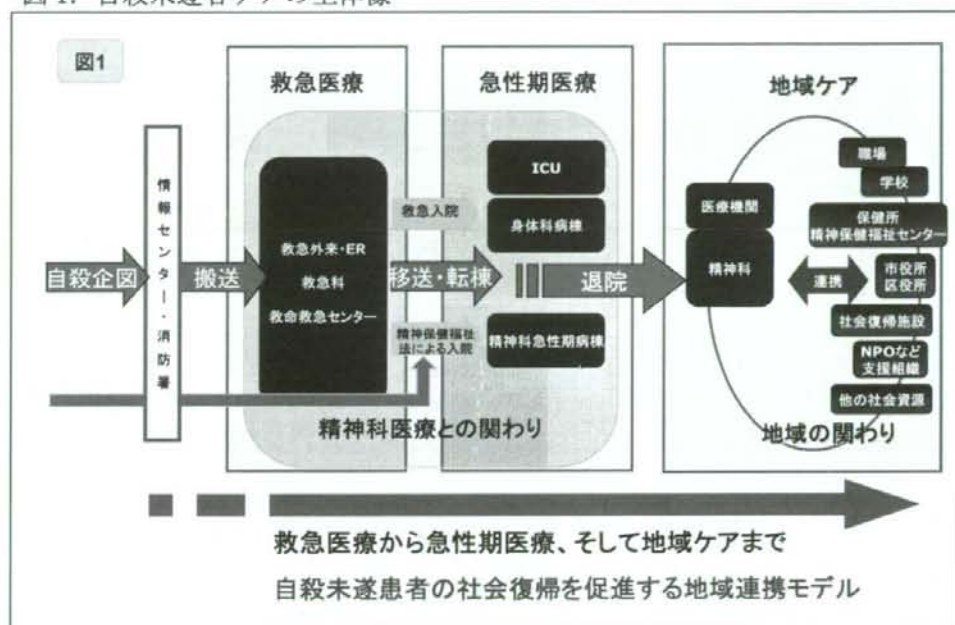
本ガイドラインでは、「自殺したい」と考えることが自殺念慮であり、自殺念慮により自殺するための具体的な行動を行い（自殺企図）、死に至った場合は自殺（自殺既遂）であり、生存している場合は自殺未遂と定義する。一方、自殺念慮は存在せず、自殺の意図はなく故意に自らに非致命的な損傷を加える行為を自傷行為とする。

自殺未遂、自傷行為などを総じて自殺関連行動というが、過去の自殺関連行動は自殺既遂の強力な危険因子である。特に自殺未遂や自殺念慮が危険であるが、自傷行為に至った者の自殺の危険性にも注意を払う必要がある。たとえば、一人の患者が最初は自傷行為で受診し、その後自殺念慮を持つようになり、不幸にも自殺に至るといのように自傷行為に引き続き自殺企図が連続的に出現する場合もある。また、繰り返し自傷行為で受診する患者が、自殺を意図していなかったが、不幸にも自傷行為が致命的となり死に至る場合もある。

II. 自殺未遂者ケアの全体像

自殺企図により精神科救急医療機関を受診した患者は、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。本ガイドラインで扱う部分は主に精神科救急と急性期医療の部分である。

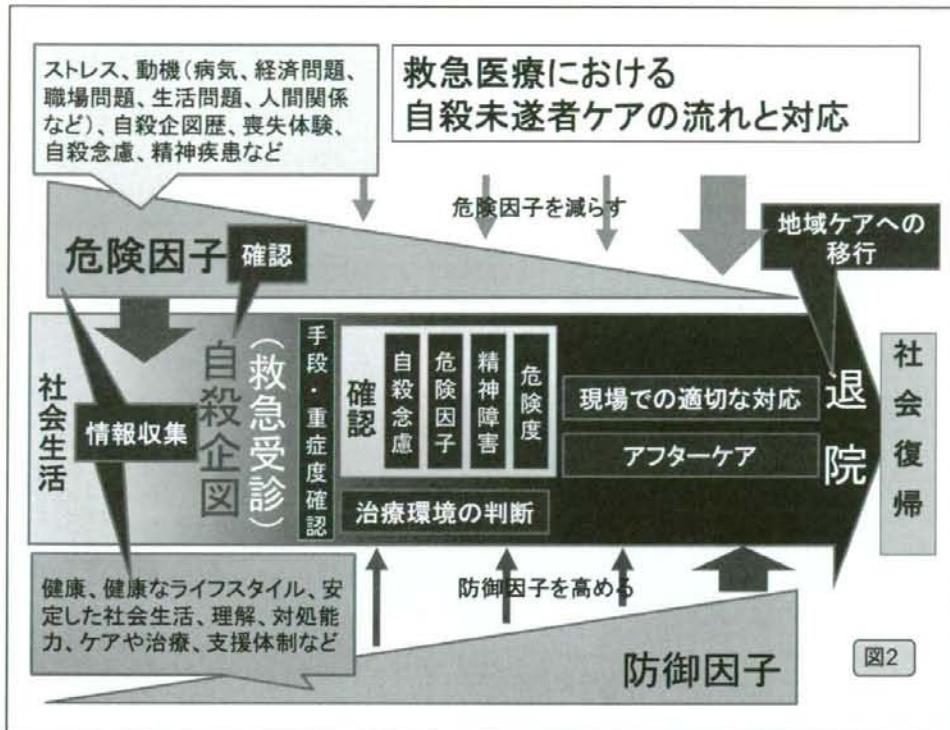
図1. 自殺未遂者ケアの全体像



【危機介入】自殺未遂者の多くは精神科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理社会的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と救命救急センターなどで身体的治療を要する。また、身体合併症がごく軽度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、特に精神科的な治療を行い、身体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】精神科救急受診後の急性期治療では、自殺未遂者の身体的治療に加えて、背景に存在する精神障害への対応が必要となる。精神医療の導入と共に、自殺未遂者、そして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、自殺未遂者には継続的な医療支援や関連機関との連携が求められる。

図2. 精神科救急における自殺未遂者ケアのストラテジー



自殺企図者が自殺企図をとるメカニズムとしては、自殺には、図で示した様々な危険因子が知られている。社会生活を送る中で、自殺の危険因子が存在することや、自殺の防御因子が十分でないことから、自殺のリスクが高まり、自殺企図に至ると考えられる。

図2は自殺未遂者のケアのストラテジーを簡略に示している。青地に白抜きで示した部分はフローチャートでも示した自殺未遂者のケアとして実践すべき項目であり、この後解説するフローチャートでも登場する重要なステップである。救急医療の従事者は自殺未遂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、防御因子を高めるようなアプローチを行う役割を担う。

精神科救急医療は自殺未遂者に対するケアのフロントラインであり、ここに示したストラテジーが現場で実践されていくことが重要であると考えられる。

Ⅲ. 精神科救急フローチャート：精神科救急における自殺対策10のステップ

精神科救急では、自殺の危険性のある者への対応は最も注意を払うべき問題の一つである。自殺企図者や自殺念慮を抱く者が精神科救急を受療する場合、精神科救急医療の従事者が治療段階と手順を踏まえて対応していくことができれば、標準的な治療の質を確保することができる。精神科救急における自殺未遂者ケアにとって特に重要な原則は以下の3つである。

精神科救急における自殺対策の3つのモジュール

- 1) 自殺関連行動の把握と確認
- 2) 自殺の危険性の評価
- 3) 自殺の再企図防止に向けた治療計画の立案と実践

精神科救急の現場では、受療時点から近い将来までの自殺の危険性を迅速に評価することが求められる。自殺企図の背景には複合的な要因が存在しており、自殺未遂者ケアの戦略としては、正確な精神医学的評価に基づく治療計画の立案と介入が必要である。しかし精神科救急の現場では、対応するための時間と資源が限られているため、手順を踏まえて確実に対応することが肝要である。本ガイドラインでは、自殺の危険性を有する患者を診療する上で重要な10項目（自殺対策10のステップ）を示した。これらのステップは自殺対策の3つのモジュールに基づく実践項目として理解される。3つのモジュールと10のステップ（i）～x）の内容とそれらの間の関係について以下に示した。

3つのモジュールと自殺対策10のステップ

- 1) 自殺関連行動の把握と確認
 - i) 本人・家族・周囲から情報収集
 - ii) 自殺行動の手段と重症度の確認
 - iii) 自殺企図の有無の確認
- 2) 自殺の危険性の評価
 - iv) 現在の自殺念慮の評価
 - v) 危険因子と背景の精神障害の評価
 - vi) 危険度の評価
 - vii) 治療環境の判断
- 3) 自殺の再企図防止に向けた治療計画の立案と実践
 - viii) 現場での適切な対応
 - ix) アフターケア
 - x) 地域ケアへの移行

自殺未遂者ケアにおいて、自殺関連行動の把握と確認として「ii) 自殺行動の手段と重症度の確認」や、本当に自殺企図であるかどうかという「iii) 自殺企図の有無の確認」を要する。初期評価では「i) 本人・家族・周囲から情報収集」は直接的に実施される介入であり、臨床的な判断を行うために極めて重要である。「iv) 現在の自殺念慮の評価」や、「v) 危険因子と背景の精神障害の評価」は自殺の危険性の評価（「vi) 危険度の評価」）に重要であり、自殺再企図防止を目的とした治療計画として、「vii) 治療環境の判断」を行う。精神科救急従事者が自殺未遂者の心理を踏まえた「viii) 現場での適切な対応」を実践し、精神科救急的なケアとして「ix) アフターケア」を提供し、最終的に社会復帰という観点で「x) 地域ケアへの移行」につなげることが大切である。本ガイドラインが提示した自殺対策10のステップはわずか10項目であるが、精神科救急での自殺未遂者ケアのエッセンスである。

以下では、精神科救急における治療段階と10のステップの手順についてフローチャートを示しながら説明する。

精神科救急フローチャートと自殺対策10のステップ

精神科救急の現場で、自殺未遂者ケアについてどの時点で何を行うべきかを時系列で理解するために、精神科救急フローチャート（Stage1～14）に沿って自殺対策10のステップの実践ポイントを図3に示した。

図3. 精神科救急フローチャートと自殺対策10のステップ



Stage1. 精神科救急のケース発生

- ・ 自殺関連行動の発生

Stage2. 相談窓口へ連絡

- ・ ケース発生後、精神科救急における相談窓口への連絡

Stage3. 相談窓口対応

- ・ 情報収集, トリアージ機能
- ・ 措置症状の有無
- ・ 警察介入の有無
- ・ 「だれが・いつ・どこで・どのように・なぜ」

- ・ 救急搬送の場合、救急隊によるバイタル・意識レベルの評価
- ・ JCS2 桁から 3 桁は身体救急の適応
- ・ 身体的救急医療の適応となる身体合併症を要するケースは一般救急の受診とする
- ・ 酸素使用の有無
- ・ 同伴者の有無

i) 本人・家族・周囲からの情報収集

Stage4. 医療機関へ連絡

(Stage2-4 の注)

- ・ 情報センターがない場合、各相談窓口の Stage2-4 を経由しないため、実質的に精神科救急担当医、看護師、病院事務が対応

Stage5. ケース受診

- ・ 受診者・同伴者確認、受診意思の確認、ケース・スタッフの安全確保、同伴者（警官、行政職員、救急隊、家族）

Stage6. Vital sign 確認・ABC

- ・ 搬送時点で直ちに vital sign の確認を行う
- ・ 必要に応じ、蘇生の ABC を行う。

Stage7. インテーク

- ・ 診察導入、情報収集、外観・振る舞いの観察

Stage8. 検査・鑑別

- ・ 精神科救急での一般的検査レベルまでの対応 (vital, SpO₂, BS, トライエージ程度)
- ・ 症状性・器質性因子、身体合併症、薬剤性合併症、他科コンサルト
- ・ 必要に応じ以下の検査を行う
 - vital sign・SpO₂・血糖
 - 血液一般、生化学、血液ガス分析
 - 心電図
 - X線検査（単純写真・CT）
 - 尿トライエージ、体液による毒物検査

Stage9. 治療・処置

- ・ 医療機関により可能な治療・処置はことなる
- ・ 身体的救急治療が必要とされる場合は、一般救急への適応を考える

- ・ 気道確保
- ・ 呼吸機能低下では酸素投与
- ・ 心肺停止では心臓マッサージ
- ・ 末梢の静脈確保・乳酸化リンゲル液の投与
- ・ 必要に応じて向精神薬の投与を行う
- ・ 切創については縫合処置を行う
- ・ 農薬中毒は救急科に依頼、その他の薬物中毒でも呼吸状態不良な場合は救急科に依頼

(Stage8-9 の注)

- ・ 検査と処置は同時並行で行われる
- ・ 初期の身体的評価が行われる

Stage10. 身体的評価

- ・ 挿管・人工呼吸管理や透析が必要な場合は救急科の他チームに身体的精査・加療を依頼する
- ・ 身体的問題が重篤である場合、身体的治療の優先を考え、身体科医へ積極的にコンサルトする

Stage11. 精神科的評価

- ・ 判断能力、自傷他害の危険性、意識障害、幻覚妄想
- ・ 精神症状の評価を行う
- ・ 意識障害の有無
- ・ 措置症状の有無（自殺念慮、殺意など自傷・他害のおそれのある症状）
- ・ 精神病症状の有無
- ・ うつ症状の有無
- ・ 不安症状の有無
- ・ 心理社会的問題の評価
- ・ 心因
- ・ 環境因
- ・ サポートの有無
- ・ 医療的 Triage（精神科，身体科，医療外（司法など））

Stage11. 治療・処置

- ・ 初期鎮静（小精神療法，薬剤投与，身体的拘束）