

## 6. ソーシャルサポートの欠如

多重債務や医療費滞納などの経済的問題や、生活苦などの生活の問題、人間関係上の問題など様々な問題を自殺未遂者は抱えているが、相談できる人はいなかったと話すことが少なくない。また、本来ソーシャルサポートが存在しても、本人は否定している場合もある。直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如や否定は自殺のリスクを高めるため、確認が重要である。

## 7. 企図手段への容易なアクセス

自殺企図の手段を本人自身が準備しているような状況や、周囲の者が本人が自殺の手段にアクセスできないような介入が困難となっている状況は自殺のリスクを高めると考えられる。また、自殺念慮を持つ者が自殺に関する情報への暴露（報道機関による過剰な自殺報道、インターネット上の自殺を幫助するような情報）を繰り返している場合もリスクが高いと考えられる。

## 8. 自殺につながりやすい心理状態

自殺のリスクを高める精神症状としては、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性があげられる。不安・焦燥を認める患者において自殺企図が発生することがある。追い詰められた心理はしばしば絶望感を生じさせ、自殺念慮を発生させる。衝動性や攻撃性が高い患者において自殺企図が発生する場合がある。また、例えば「死ね」などという命令を加えるような幻聴や妄想などの精神病症状の存在が自殺のリスクを高める場合もある。いずれの精神症状も自殺のリスクを高める可能性があり、精神医学的評価として重要な指標となり得る。

### 自殺のリスクを高める精神症状

- 不安・焦燥
- 衝動性
- 絶望感
- 攻撃性
- 精神病症状
- 孤立感
- 悲嘆

## 9. 家族歴

家族に自殺歴のある場合、自殺のリスクが増加するといわれており、把握することが重要である。また、家族の自殺による本人への心理社会的な影響を確認しておく必要がある。

### vi) 危険度の評価

最終的に自殺企図者の診療では、帰宅させるか入院させるかの判断が求められる。この判断は、身体的危険性と自殺再企図の危険性の両面から行わなければならない。

#### 危険度の評価

- 身体的危険性
- 自殺再企図の危険性

#### 1. 身体的な危険性：

基本的に身体的疾患の治療が優先されることは言うまでもない。意識障害や呼吸機能の低下、さまざまな身体合併症が重症であれば、入院という判断になる。また、判断に迷う場合も帰宅させるべきではない。

#### 2. 自殺再企図の危険性：

自殺の発生には複合的な要因が発生するため、自殺の予測には困難を伴う。下記の項目を包括的に検討したうえで、自殺の再企図の危険性を臨床評価することが望ましい。自殺の危険度の判断を下す場合、松本と河西は自殺念慮を評価し、自殺企図の計画性を把握し、危険度を下記の5段階に区分した<sup>1)</sup>。

#### 危険度と関連する代表的な危険因子（松本・河西）

- 自傷・自殺未遂の既往、反復性の有無、および手段の致死性の変遷を確認
- その他の危険因子を確認
- 最近の事故傾性や健康管理上の問題の有無を確認
- 周囲のサポートの量と質を評価
- 家族、重要他者の受け止め状況・理解を評価
- 本人および家族のニーズを評価

### 自殺の危険度（松本，河西）

1. 危険性がない  
自殺念慮がなく、危険因子を認めず、本質的に危険性が存在しない。
2. 軽度の危険性  
時折、自殺念慮が消長するが、自殺の計画性はない。そして危険因子も存在しない。
3. 中等度の危険性  
恒常的に自殺念慮を有し、自殺の具体的な計画があり、準備をしている場合もある。既知の危険因子が存在する。あるいは、自殺の具体的な計画は無くても、自殺念慮以外に複数の危険因子を有して本人が自殺企図の可能性を否定しない場合。しかし、本人は、支援を受け入れ、置かれている状況を改善したいと自ら望んでいる。
4. 高度の危険性  
上記の中等度の計画性や危険因子を有しており、かつ、支援の受け入れについて拒絶的であり、絶望感にとらわれ、極端に思考が狭小化し判断力が失われている場合
5. 極度の危険性  
今の時点で自殺が差し迫っている場合、あるいは自殺を企図しようとしている場合

### 3. 自傷他害のおそれ

極度の危険性があるが、身体的に軽症で救命救急センター入院とならない場合、自傷他害のおそれがあると判断されて、緊急措置入院、措置入院による精神科病棟入院も検討する必要があると考えられる。



## vii) 治療環境の判断

### 1) 自殺未遂者のリスク評価と対応

治療環境を最終的に判断することは自殺企図者のトリアージで重要である。自殺未遂者の治療環境は外来治療から入院治療まで連続性がある。明確な治療環境の基準はないが、治療環境の選択は前述した自殺のリスク評価に加えて、心理社会的な評価などを包括的に勘案して検討されることが重要である。

### 2) 精神科入院治療の目的

患者の危険度を検討したうえで、入院治療による代償／利益比を検討する。精神科救急では受診後の短期的な治療に関する判断を行うことが第一に重要である。そして、精神科救急的な対応の後に再度、中長期的視点にたった判断を行うことが必要になる。特に自殺未遂者に関しては、安全を確保するために入院治療の可否を検討する必要がある。精神科救急における精神科病床での入院治療の目的は以下のとおりである。

#### 精神科救急における精神科病床入院治療の目的

- 自殺企図による身体合併症の治療
- 繰り返す自殺企図の防止
- 自殺企図に至った要因の解明
- 保護的環境の設定
- 精神科治療の導入
- ケースワークの導入

しかし、身体的にも精神的にも危険性が低いと判断された場合には、外来通院による治療の選択肢を検討することも必要となる。精神科入院が功を奏さない場合も存在するからである。例えば、入院が失業や現実的な困窮を及ぼす場合や、精神医療を自発的に受療する障壁となってしまう場合、周囲の社会的偏見に苦しむ場合、繰り返し自殺企図を問題解決の手段として選択している場合などは、入院で達成される治療目標を本人および周囲も含めて、十分に勘案して判断することが望ましい。しかし、自殺の危険性が一見低く見えても、精神症状が重篤であったり、患者が社会生活を送る上で、ソーシャルサポートが脆弱であったり、現時点で治療の継続が見込めないなどの問題が生じている場

合などは、入院を検討する必要もある。帰宅の検討にあたっては、患者の安全が確保できる状態でケアを継続できるかどうかを見極めていくことが重要である。

### 3) 治療環境の選択

主要な選択肢としては、身体的重症度が高い場合には身体的治療も行えるような医療施設が必要である。また、精神科救急において自殺未遂者が受診した場合、自殺のリスクの高い患者の場合、原則として精神科病床への入院を検討する必要がある。特に精神科救急を受診する自殺未遂者は心理的にも切迫し、危機介入を要する症例が多いと考えられる。一方、精神科救急受診後に帰宅となる症例は、精神科救急における危機介入後に外来通院が望ましいと判断される症例と考えられる。

治療環境の選択としては下記のとおりである。

#### ①緊急措置・措置入院

危険度が高く、自傷他害のおそれが切迫している場合は、1名の精神保健指定医の診察による緊急措置入院が検討される。警察官が同行している場合は、精神保健福祉法第24条に基づいて警察官が、保健所などの申請・通報窓口で電話連絡することから、調査、精神保健診察という流れで、緊急措置入院の手続きが始まる。

一方、警察官が同行していない場合は、実際には診察医もしくはケースワーカー等が、警察官の臨場を依頼し当該警察官が、保健所などの申請・通報窓口で電話連絡することから、同様に調査、精神保健診察という流れで、緊急措置入院の手続きが始まる。なお、警察官が同行していない場合は、診察医もしくはケースワーカー等が同法第27条第2項に基づいて保健所などの申請・通報窓口で電話連絡することが想定されているが、実際にはほとんど運用されていない。

緊急措置入院後72時間以内に2名の精神保健指定医による措置診察が実施され、自傷他害のおそれが残存していれば、措置入院が選択される。

#### ②医療保護入院

精神症状が強いが自発的入院が困難な場合や、例えば大量服薬による意識障害などにより自発的な意思決定が困難な場合は、保護者の同意のもとでの医療保護入院が検討される。

#### ③応急入院

医療保護入院が必要であるが、保護者との連絡がつかない場合、応急入院が検討される。

#### ④任意入院

自殺未遂者の自発的な意思により、入院を検討する。

##### 治療環境の選択

- 精神科病床への入院
  - ◆ 任意入院
  - ◆ 医療保護入院
  - ◆ 緊急措置・措置入院
  - ◆ 応急入院
- 身体科病床への入院
- 精神科外来・かかりつけ医への通院

図 10. 自殺未遂者のリスク評価と対応 (松本、河西)

自殺念慮		自分を傷つける計画・準備	危険因子の状況	対応
危険性がない	なし	なし	なし	なし
軽度の危険性	限定的に存在	なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の自殺企図歴がない</li> <li>既知の危険因子が存在しない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心理・社会・経済的困難に対する介入</li> <li>社会資源に関する情報提供</li> </ul>
中等度の危険性	明確に存在	具体的にはなし～あり	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の自殺企図歴、もしくは、1つ以上の危険因子の存在</li> <li>本人が現在抱えている情緒的・心理的状態の改善を希望している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科外来における頻回・継続的な治療</li> <li>精神科病棟への自発的入院</li> <li>心理・社会・経済的困難に対する介入</li> </ul>
高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の自殺企図歴</li> <li>二つ以上の危険因子の存在</li> <li>自殺の意思と周到な計画に関する言語化</li> <li>将来に対する絶望感</li> <li>利用可能な支援の意義を認定</li> <li>認知の柔軟性は維持</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科病棟への自発的/非自発的入院</li> <li>心理・社会・経済的困難に対する介入</li> </ul>
非常に高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数回以上の過去の自殺企図歴</li> <li>複数以上の危険因子</li> <li>認知の硬直化</li> <li>援助に対する拒絶</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科病棟への緊急非自発的入院</li> <li>心理・社会・経済的困難に対する介入</li> </ul>

特に、精神科病棟に入院させるかどうかという点については、危険因子と防御因子を勘案して行うことが望ましいと考えられる。また、患者や家族が必要な医療資源、社会資源はなにかという患者のニーズ主体に立った治療環境の判断が必要となる。たとえば、様々な問題を抱えた患者に対応する場合、精神科医や看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、行政担当者などがチーム医療として関与することがある。この場合、精神科病床入院として対応する方が望ましい場合がある。これをまとめると松本と河西による図 10 のようになる。



## viii) 現場での適切な対応

### 1. 支援やケアを行う上で必要な態度

受診した場合にも、自殺未遂者は様々な状態像を示す。鬱状態から精神運動興奮や幻覚妄想まで様々である。精神科救急では始めて出会う患者に対応することも少なくない。初期の対応は信頼関係や治療関係の構築に大きく関わっている。そのため、基本的態度としてまず傾聴することが必要である。なぜなら傾聴することは、自殺未遂者の受容と共感につながり、信頼関係を築く上でも重要だからである。また、様々な問題を抱えて追い詰められた上で自殺企図に至った場合も多く、自殺企図受診に至ったことへのねぎらいはそれまでの苦痛を理解している姿勢を示すことでもある。また、支援の表明や患者の安全を確保する上での明確な説明と提案は、心理的危機に陥っている患者を安心させる役割も持つ。このように、精神科救急の現場で自殺未遂者に適切な対応をとることが自殺の再企図防止につながる。

#### 支援やケアを行う人に必要な態度

1. 受容と共感  
批判的にならない、叱責しない、教条的な説諭をしない。
2. 傾聴  
いかなる状況や相談も真剣に捉える。
3. ねぎらい  
相談に訪れたことや打ち明けた勇気に対して。
4. 支援の表明  
力になりたい気持ちを伝える。あいまいな態度をとらない。
5. 明確な説明と提案  
提案は具体的であること。安易な励ましや安請け合いをしない。



なすべきことの基本

- 0 安全性の確保  
差し迫った自殺の危険性を除去する（紐類・かみそりなど）
- 1 状況把握  
容と共感をもって相手の話を傾聴し、経過と状況、気持ちの理解などに努める
- 2 自殺念慮の評価  
近い将来の自殺の危険度を評価する そのためには、自殺の危険因子と防御因子を同定し、両者を斟酌することが不可欠となる
- 3 自殺防止の応急ケア  
自殺以外の解決法を話し合う キーパーソンを同定し支援の要請も検討する
- 4 自殺防止の継続的ケアの提案  
支援を継続する気持ちがあることを伝える 社会資源を考慮してケアの導入を検討する
- 5 自殺防止の継続的ケア  
導入した支援やケアの有効性を評価しながら、ケアを継続する

## 2. 家族・周囲への対応

### 家族・周囲の者への対応

#### 1. 家族・周囲の者に安心を与える

- 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。治療側がゆっくりとおちついて対応することで、家族も安心する場合が多い。
- 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える。
- 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。

#### 2. 家族・周囲の者の悩みを受容する

- 家族・周囲が罪責感を感じている場合も多く、家族自身の悩みにも焦点を当てることが必要である。

#### 3. 本人への支援を要請する

- 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治療やソーシャルワークにつなげる。

#### 4. 本人と家族・周囲の者の両者に対して中立的立場を原則とする

- 例えば、意見の相違を認める場合に、しばしば対立的になってしまう場合がある。精神科医は中立的立場から、対立する問題に対しての両者の相互理解につながるような心理的介入を目標とすることが必要である。

#### 5. 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。

## 3. 精神科救急担当医が自殺未遂者の治療にあたって認識すべきこと

### ①カタルシス効果を考慮する：

自殺企図と救急受診での診察によって、患者自身の不安定な精神状態が一見改善したように見え、カタルシスが得られた状態になる。しかし、これまで抱えていたさまざまな問題が解決につながらなければ、自殺の危険性が本当に消失したわけではない。

### ②自傷行為歴を過小評価しない：

自傷行為を繰り返す患者での自殺未遂において、自殺の危険性が過小評価される場合があるが<sup>13</sup>、自傷行為を繰り返している中で自殺に至るケースは少なく

ない。患者の危険度の評価に立ち返って臨床的な判断を行うことが望ましい。

③自殺未遂者に対する精神科医の陰性逆転移の出現に注意する：

たとえば自殺企図や自傷行為を繰り返す患者に対して、逆転移として怒りなどの陰性感情が生じる場合がある。このような逆転移が精神科医や身体科の医師に出現することを認識する必要がある。

④自殺未遂者は支援体制や治療関係を拒絶することがある：

自殺の危険性の高い患者では支援体制や治療関係を拒絶することがある。このような患者の感情に精神科医が暴露することで、心理的な防衛反応が生じることがある。しかし、このような場合での自殺未遂者に対する基本的姿勢を大切にすることが、良好な治療関係に発展することにつながる。

⑤患者と自らを同一視しない：

自殺未遂者はそれぞれに背景や心理的苦痛もそれぞれに異なっている。安易な了解に至らないよう注意する必要がある。

⑥自殺をしない約束は必要であるが、約束したことを絶対視しない：

自殺しないという約束は、患者の話を聞いてリスク評価をした上で、患者との信頼関係や治療関係を構築した後に行うことが望ましい。治療関係が結ばれていない場合や、症状が重篤な場合などは、約束をすることが困難である。また、約束したことを絶対視せず、自殺の危険度を評価する姿勢が必要である。

## ix) アフターケア

### 1. 治療計画の立案：

精神科救急における自殺未遂者の治療計画の骨子は次の通りである。

#### 帰宅

- 心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果確認
- カタルシスの評価
- 投薬の必要性検討と薬剤の説明
- 対処行動のアドバイス
- リスク説明と観察の依頼（短期的側面）（インフォームドコンセント（IC））
- 今後の治療計画や可能性の説明（中長期的側面）

#### 精神科病床への入院

- 入院目的の設定（危機介入・緊急避難のみとするかどうか）
- 入院形態の選択（措置入院が該当する場合の手順を確立しておく）と IC
- 身体的側面への対策（身体科医師の応援体制や転科・転棟の可能性）
- 行動制限の必要性判断（指定医）
- 適切な薬物療法の計画立案
- 治療環境の設定（病室、生活備品の設定、面会・電話制限の設定）
- 観察と対応のチームマネジメント

#### 身体科病床への入院

- 救命センター／集中治療系病室／身体科一般病床への入院適切性判断
- 主診療科（主治医を務める科）の決定
- リエゾン対応体制の確立
- 身体科と精神科両面からの IC
- 精神科医師 Call の条件設定
- 観察と対応のチームマネジメント
- 精神科病床への転棟必要性検討



### ケースマネジメント

- 帰宅の場合も入院の場合も考慮
- 対処手段の拡大や支援体制の強化
- 継続的地域サポートの導入

## 2. 自殺の危険性の継続的な評価：

自殺の危険性は変動するため、自殺念慮の評価や危険因子の評価を継続的に繰り返すことが大切である。特に、外出、外泊、退院などの治療環境の変更や精神状態の変化した場合、ライフイベントが出現した場合などでは、再評価する時期と考えられる。

## 3. 治療の継続性：

自殺の危険性のある者は継続的な治療が必要である。しかし、治療脱落がその後の自殺のリスクを高める場合も少なくない。帰宅となった場合でも、治療の継続性を確保することを第一に行うべきである。精神科救急を受療後、継続治療の医療機関が違う場合には、情報提供を中心に連携を密に行う必要がある。

## 4. チーム医療：

自殺未遂者は心理的、身体的、社会的な困難を感じている。精神科医、身体科医、看護師、ケースワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士）など多職種チームにより患者を支援していく必要がある。そして、チームのそれぞれの役割を確認しながら、治療計画を調整・立案していくことが望ましい。また、チームとして支援体制を構築していくことを患者自身も理解していくことで、患者自身が安心して協力的になり、自発的な治療参加を促すことにつながるが多い。

## 5. ソーシャルワーク：

### ①精神科救急におけるソーシャルワークの目標：

自殺未遂者はしばしば医学的問題に加えて社会的問題を抱えているため、精神科救急担当医には医療的にも、社会的にも迅速な危機介入が求められる。自殺未遂者の中には、経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えながらも、相談者がいない状況に陥っている者もいる。また、相談者がいる場合でも、精神科外来か家族以外に相談先がないということもよくある。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。

経済問題や生活問題を抱えている自殺未遂者の相談にのり、ソーシャルワークの手法を用いて最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。救急担当医は緊急対応を求められるソーシャルワークのニーズを把握した場合、即応的にサービスを提供することが重要である。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、患者のさまざまな問題に対する迅速なソーシャルワークの導入を図ることが求められる。

### 精神科救急におけるソーシャルワークの目標

- 医療的・社会的な迅速な危機介入
- 緊急対応のニーズの把握
- 即応的なサービスの提供

### ② ソーシャルワークの実践

自殺未遂者が帰宅となっても、また入院となった後も、地域の社会資源を活用し自殺の再企図防止を検討する必要がある。そのため、精神科ソーシャルワークは非常に重要である。精神科救急担当医は救急対応をしながら情報収集やアセスメントを行い、心理社会的問題を抽出する。図11の「精神科救急医療における精神科関連ソーシャルワーク」のフローチャートでのSW1～SW2を説明する。

図11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク



## 救急医療での精神科救急ソーシャルワーク

### SW1. 問題点抽出

- ・ 患者の心理社会的問題に関する情報収集
- ・ 現実に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
- ・ Stage1-2、Stage8 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

### SW3. 介入目標設定

- ・ ワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士、医療ソーシャルワーカーなど）の要請
- ・ 現実的で達成可能な目標設定
- ・ 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

### 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の提案

### SW5. 短期的介入

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

### SW6. ソーシャルワーク導入

- ・ 継続的な相談・支援体制の構築
- ・ 担当者の紹介
- ・ 介入目標と介入計画の確認
- ・ アドボカシー
- ・ エンパワーメント
- ・ 関係機関との連携（NPO・社会福祉協議会・企業等）
- ・ リンケージ



## x) 地域ケアへの移行

### 1. 外来治療への移行

精神科救急受診後に外来治療に結びつける時には、治療の継続性が最重要の課題である。診察中から受診する医療機関や日時を精神科救急医と患者、そして家族など周囲が具体的に話し合うことが必要であり、これには、治療のアドヒアランスを促進させる効果もある。また、心理的危機に陥った場合の対処法についても、具体的に検討しておくことよい。例えば、家族や周囲などとの連絡法などのセルフケアや救急受診、保健所・警察・関連機関などの利用法などが含まれる。

#### 外来治療への移行にあたって必要なこと

具体的な検討（医療機関、場所、日時など）  
危機介入としてのセルフケア、周囲の支援、関連機関の利用

#### 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持たないように配慮する
- 可能であれば精神科医に直接連絡をとる
- 頑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

### 2. 退院は自殺の危険因子でもある

地域への社会復帰を検討する上で、継続性を有する治療や支援の計画を立案することが必要である。社会復帰にあたって危険度がないか、再度確認する必要がある。必要な社会源はあるのか十分な確認が必要である。未遂が1年以内は、再企図の危険が最も高い時期であり、個々の症例に基づいたアフターケアが実施される必要がある。複数の機関が連携をしながら行うが必要となる。精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所などが調整をしながら定期的な電話や自宅訪問などを行うことも必要なケースがある。昨今、行政機関やNPO等、自殺防止についての活動が行われている。日頃から関係機関との情報交換や研



修等の連携のほか、協調した活動が望まれる。加えて、心理的危機に陥った時の危機介入を想定して、本人がいつでも SOS を出せるルートを用意する必要があり、本人が利用可能なライフラインを確保することが大切である。

#### 退院にあたって必要なこと

- 自殺の危険度の評価
- 患者の包括的な評価
- 治療の継続性・安定性
- 社会生活上の支援体制の確認
- 関係機関との調整・連携
- 情報提供
- 本人がいつでも SOS を出せるルートを用意する

### 3. 再企図予防に関する情報提供

#### ①情報提供の役割

- 現場で患者、家族に安心を与える。  
自殺未遂で受診した場合、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。  
自殺未遂で受診した患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識として持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、「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」
- 精神医学的治療の導入と継続の重要性

→参照、「図1. 自殺未遂者ケアの全体像」

- 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、「図11. 精神科救急医療におけるソーシャルワーク」

- 危機対応の窓口（救急医療施設、精神科救急医療施設など）

## V. 自殺が発生したとき

### 1. 遺族に対して

精神科救急の現場でも自殺未遂者が最終的に不幸にも亡くなられる場合がある。自殺の発生は自死遺族に対して心理社会的な影響を大きく及ぼすといわれており、死別後の悲嘆、混乱などが出現することもある。その場合、自死遺族の気持ちを踏まえた対応を行うことが大切である。また、患者の状態や経過などについて説明を行う場合にも、遺族の心理に配慮する必要がある。また、家族が当初から現実的な対応に迫られることも想定される場合には、社会的手続き等に関する情報提供やソーシャルワークも重要である。中長期的視点では遺族はさまざまな苦痛を経験するため、自死遺族の会等の「分かちあいの場」やグリーフケア、自死遺族支援の窓口、関連機関などの情報を得ておくことも有意義となる。

### 2. 関わったスタッフに対して

担当した患者の死は関わった従事者にも影響を及ぼすといわれている。罪悪感、悲嘆、自尊心の低下などさまざまな心理状態が出現する。従事者のメンタルヘルスに関心を払いながら、医療チームや個々のスタッフに対して、アフターケアを検討する必要がある。

## あとがき

わ国の自殺者数は平成10年以降年間約3万人と高い水準で推移している。自殺対策として、平成18年6月に「自殺対策基本法」の成立を受け、平成19年6月に策定された「自殺総合対策大綱」でも自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ取り組みが重要な項目として位置づけられている。精神科救急医療では自殺未遂者ケアで果たす役割は大きく、精神医学的治療を緊急的に実践するため、非常に高度な医療であり、今後も精神医療が担うべき重要な領域である。本ガイドラインにより、精神科救急医療の従事者が自殺未遂者のケアについて理解が深まり、積極的に実践していかれることを祈念している。そして、わが国における自殺者数が、少なくとも平成9年以前の水準にまで復元することに貢献できれば幸甚である。

### 精神科救急ガイドライン「自殺未遂者への対応」作成班

#### 日本精神科救急医学会

- 平田豊明（理事・医療政策委員長・監修者）
- 大塚耕太郎（会員・執筆者）
- 河西千秋（評議員・監修協力者）
- 川畑俊貴（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 鴻巣泰治（評議員・医療政策委員・執筆協力者）
- 酒井明夫（理事・執筆協力者）
- 佐藤雅美（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 澤温（理事長・医療政策委員・執筆協力者）
- 白石弘巳（監事・医療政策委員・執筆協力者）
- 杉山直也（理事・医療政策委員・教育研修委員長・執筆協力者）
- 塚本哲司（評議員・医療政策委員・執筆協力者）
- 中島豊爾（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 八田耕太郎（理事・医療政策委員・執筆協力者）
- 山田朋樹（会員・執筆協力者）

#### 監修協力

- 伊藤弘人（国立精神・神経センター精神保健研究所）



- <sup>1</sup> 松本俊彦、河西千秋：自殺未遂者への相談対応。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究平成19年度総括・分担研究報告書、61-81、2008
- <sup>2</sup> Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM: Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*100:205-211, 1999
- <sup>3</sup> 張賢徳：自殺既遂者中の精神障害と受診行動。日本医事新報 3789：37-40, 1996
- <sup>4</sup> Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
- <sup>5</sup> World Health Organization: Figures and Facts about Suicide. [WHO/MNH/MBD/99.1]. Geneva, 1999 (高橋祥友：日本における自殺の疫学。(小林章雄, 坪井宏仁, 高橋祥友監修) 自殺予防学: 医師・保健医療スタッフのために。p303 - 308, 学会出版センター, 東京, 2006 ((ed by D Wasserman) SUICIDE An Unnecessary Death. Martin Dunitz Ltd, London, 2001) の305ページより抜粋)
- <sup>6</sup> 張賢徳：自殺既遂者中の精神障害と受診行動 3789, 37-40, 1996
- <sup>7</sup> 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—。精神神経誌 96: 415-443, 1994
- <sup>8</sup> Preventing suicide: a resource for general physicians, WHO, Geneva, 2000 (河西千秋、平安良雄監訳：自殺予防プライマリ・ケア医のための手引き)
- <sup>9</sup> Harris EC, Barraclough B: Suicide as an Outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*170:205, 2008
- <sup>10</sup> Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatr Clin North Am*10: 185-206, 1987 1987
- <sup>11</sup> 山家健仁、大塚耕太郎、星克仁、磯野寿育、遠藤仁、中村光、遠藤重厚：自殺企図者の年代分布を踏まえた性差による比較検討。岩手医学誌 60, 89-103, 2008.
- <sup>12</sup> 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント第2版。医学書院, 東京, 2006
- <sup>13</sup> Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann J: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry*158:427-432, 2001