

索的に分析を行うことで、具体的な言葉がけの背後にある医師の自殺予防への説明モデルの構造的特徴を明らかにする。

B. 研究方法

研究 1

精神科病院に勤務する医師を対象とし、2006年8月までに質問紙調査を郵送配布、郵送回収で調査を実施し、2007年1月までに回答のあった102名（回収率32.8%）について分析を行った。調査は、「調査票」によって病院長あてに郵送で依頼し、回答は郵送による返送を依頼する。主な質問内容は、希死念慮者の診療頻度、自殺を思いとどまらせるためのメッセージおよび基本属性である。返送された希死念慮者への対応の経験を整理・分類する。

研究 2

2006年8月までに把握した精神科病床を有する1600病院のうち無作為に抽出した約500病院に対し、調査を依頼した。なお本研究ではとくに普段希死念慮を持つ患者に接する機会が多い、一般病院における内科、救急診療科、そして精神科神経科の医師を対象とする。各病院へは各専門の医長（あるいは副医長）各1名、計3名に対し調査票を配布し、回答を求めた。調査票は郵送で回収され、最終的に302名（内科70名、救急診療科75名、精神科神経科155名）からの回答を得た（回収率=20.1%）。

本研究では希死念慮者への対応に関する調査で得られたデータのうち、とくに希死念慮者のメッセージの内容に関する要因を分析の対象とする。すなわち患者が「死にたい」と述べた

ときに、「自殺をとどまる」ようにメッセージを伝えたことがあると答えた医師の、メッセージ内容についての自由記述回答である。さらにメッセージの記述以外の内容、たとえば精神科紹介等の具体的な対応についての記述を除く作業を行なったため、最終的な分析対象者数は166名（内科19名、救急診療科21名、精神科神経科126名）となった。

希死念慮者に対するメッセージから、その背後にある説明モデルの構造的特徴および患者の属性との関連を探索的に明らかにするには、テキストマイニング手法による分析が最適であると判断し、本研究ではWord Miner（日本電子計算株式会社）を用いて分析を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認（平成18年11月17日）を得て実施された。

C. 研究結果

研究 1

(1) 頻度 医師が希死念慮を持つ患者にあう頻度は、「毎日～週数名」が30.7%、「2～3週間に1名」が27.7%、「月1名程度」が19.8%、「まれ」が20.8%であった。自殺をとどまるメッセージを伝える頻度は、「ある」が62.4%、「頻繁にある」が31.7%、「ない」が5.9%の順であった。

(2) 対応について メッセージを伝える頻度が「頻繁にある」「ある」と回答した者に、直近の具体的な対応について質問したところ患者の性別は、男性28人（27.5%）、女性64人（62.7%）で、主診断は、気分障害58人（56.9%）が最も多く、84人（82.4%）に抑うつ感がある

と医師は診断していた。この患者にメッセージを伝えた効果については、「効果があった（生存を確認）」75.8%が最も多く、「効果あり（未確認）」は13.7%、「あまり効果はなかった」「不明」がそれぞれ5.3%であった。また希死念慮をもつ患者への一般的な対応について質問したところ、「死なないことを約束する」「次の面接の約束をする」ことを伝えることが、医師の97.8%で「効果がある」と考えられており、ついでに「必ず回復することを伝える」（96.7%）であった。

研究2

分かち書き（文章の言葉と言葉を半角空白で区切ること）の後抽出された構成要素は877種類、句読点、助詞、特殊記号および削除辞書に該当する語を除いた後は490種類、同一語の置換を行った後には252種類であった。もっとも出現頻度の高かったものはサンプル数40で構成要素数52、すなわち40名の対象者において52回出現している「気持ち」であった。

また対応分析で得られた成分スコアをもとにクラスター分析を実施した結果、医師が希死念慮者に呈するメッセージから「共感的理解と告白」、「精神科への相談」、「病気の診断と回復の見通し」、「自殺しない約束」、「生の価値と他者への配慮」の5つのクラスターが確認された。

D. 考察

研究1

本研究結果は、希死念慮を持つ患者を担当する頻度は、「毎日～週数名」が30.7%であった。この結果が、実際の「希死念慮者」の頻度を示していると結論づけることはできない。希死念慮を有していても、診察室でそれを話していな

い可能性があるからである。先行研究によると、プライマリケアの患者の2～3%は過去1ヶ月内に自殺念慮があり（e.g., Olfson et al, 1996）、自殺既遂者の1/2～2/3は自殺1ヶ月前に、10～40%は自殺1週間前にプライマリケア医を受療している（e.g., Pirkis et al., 2002）という先行研究がある。また、3次救急救命センター入院患者の10%が、自殺企図者（日本外傷学会）であるという結果は、今回の結果より多い頻度で、希死念慮者を診療している可能性があることを示しており、今回の結果は控えめな頻度であるといえる。

研究2

分かち書きによる分析の結果、希死念慮を持つ患者への言葉がけにおいて医師がもっとも頻繁に用いる語は「気持ち」であった。ここから本研究の対象者は、患者の苦しい気持ちに言及することが、自殺を思いとどまらせるためにもっとも重要であると認識していることがうかがえる。

対応分析の結果、自殺予防に対する医師の説明モデルは5つの構造的特徴を持つことが明らかとなった。とくに「共感的理解と告白」について、たとえば高橋（2005）は希死念慮・自殺企図のある患者に対する働きかけとして患者の深刻な状況を理解しようとする態度を常に示すことが重要であると述べているが、本研究の対象者の説明モデルの構造から、その重要性が認識されている可能性が示唆された。また家族への相談を促すものでもあるこの認識は、家族が自殺を抑止する上で重要な資源となりうること（黒木, 2005; 張, 2004）を考慮した適切なものといえる。また以前より自殺の再企図防止に有効であるとされてきた「自殺しない約束」を交

わすことが、本研究の結果からも確認された。

なし

E. 結論

本研究の成果は自殺念慮者・希死念慮者へのケアの現場における対応の実際および、医師の自殺予防に対する認識についての基礎的資料となることで、自殺対策に資するものである。

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

Ito H, Kawano K, Kawashima D, Kawanishi C: Responses to patients with suicidal ideation among different specialties in general hospitals, *General Hospital Psychiatry* 30: 578-580, 2008.

川島大輔, 小山達也, 川野健治, 伊藤弘人: 希死念慮者へのメッセージにみる、自殺予防に対する医師の説明モデル: テキストマイニングによる分析 パーソナリティ研究, 17(2), 印刷中

2. 学会発表

小山達也・川島大輔・川野健治・伊藤弘人 (2008.2). 精神科病院における希死念慮者および医師の対応に関する実態 第27回日本社会精神医学会大会プログラム・抄録集, 101. (福岡国際会議場).

Kawashima D, Koyama T, Kawano K, Ito H: An explanatory model of physicians for suicide prevention: analysis of physicians' statements made to suicidal patients, 29th International Congress of Psychology, Berlin, 2008, 7

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

身体疾患と自殺および精神疾患に関する検討

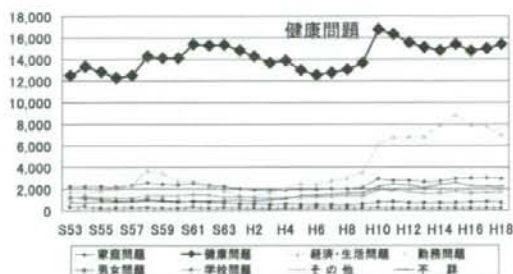
研究分担者 佐伯俊成 広島大学大学院総合診療医学 准教授
 研究分担者 松島英介 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 准教授
 研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部
 部長

研究要旨：本研究では、自殺の動機の第一位である「健康問題」の内容を明らかにすることを目的に、身体疾患と自殺・精神疾患との関連について予備的に検討した。**研究方法：**先行研究の検索および有識者との意見交換により国内外の状況を把握した。**結果：**腎透析患者や頭頸部がん患者など、身体疾患患者の自殺リスクは高く、がん患者の自殺率は一般人口の約1.8倍との報告があった。気分障害患者の約半数に希死念慮があり、その約3分の1は希死念慮について主治医に相談していなかった。自殺に対する関心は学生の中で医学生が最も低かった。がん、循環器疾患および糖尿病と精神疾患はいずれも中程度から強い関連があった。**まとめ：**身体疾患患者の自殺および精神疾患との結びつきは強く、身体疾患患者の自殺および精神疾患との関係に着目するケアおよびその研究は優先順位の高い課題であると考えられた。

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

明智龍男 名古屋市立大学大学院
 精神・認知・行動医学准教授
 伊藤敬雄 日本医科大学精神医学教室講師
 河西千秋 横浜市立大学医学部精神医学教室准教授
 小林未果 国立精神・神経センター流動研究員
 佐藤 洋 大阪大学大学院循環器内科講師

図1. 原因・動機別の自殺者数の推移

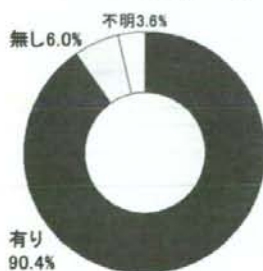


出典：警察庁「自殺の概要資料」

A. 研究目的

健康問題は、自殺対策を進める上で優先順位の高い課題である。たとえば警察庁の統計（「自殺の概要資料」）における自殺の原因・動機[1]で、「健康問題」は一貫して第一位で、平成18年の自殺の48%を占めている（図1）。また阿部らの調査[2]では、高齢自殺者の90%は慢性疾患の治療のために医療機関を受療していた（図2）。

図2. 高齢自殺者の生前の慢性疾患による受療の有無



出典：阿部すみ子、他、福島県における高齢自殺者の実態と福祉サービス（福島医学雑誌48巻4号、1998）
 （平成19年版自殺対策白書第2-1-16図）

健康問題、中でも「重篤な慢性身体疾患に苦しむ」患者へのケアの重要性・必要性は、内閣府に設置された自殺総合対策の在り方検討会

(第6回:平成19年3月)においてすでに指摘されている[3]。自殺未遂者・自殺者親族へのケアを考える前提として、健康問題を有する方へのケアを考える必要がある。

しかし、一部の先進的な指摘を除いては、身体疾患患者へのケアについては、これまであまり注目されてこなかった。そこで本分担研究では、身体疾患を有する患者の自殺および精神疾患について、これまでの先行研究に基づいて、有識者との意見交換を行いながら、予備的に検討する。

B. 研究方法

本予備的検討の方法は、主に先行研究の検索および有識者との意見交換である。主な意見交換は以下のように実施した。

第1回 2008年2月5日

出席者(敬称略):佐藤洋(大阪大学大学院循環器内科)、佐川竜一(名古屋市立大学大学院精神・認知・行動医学分野)、および事務局(小林未果、伊藤弘人)

テーマ:循環器疾患およびがん患者のメンタルヘルスについて

第2回 2008年2月15日

出席者(敬称略):佐伯俊成(広島大学大学院総合診療医学)、伊藤敬雄(日本医科大学付属精神医学教室)、および事務局(小林未果、伊藤弘人)

テーマ:糖尿病患者とメンタルヘルス、および我が国におけるリエゾンコンサルテーションサービスの現状とその課題

意見交換をふまえ、(1)身体疾患と自殺について、および(2)身体疾患と精神疾患について、これまでの先行研究の蓄積を収集した。なお、循環器疾患・糖尿病と精神疾患との関連については、Lancet誌が2007年9月8日号で

Global Mental Health として特集において、Prince Mら[4]が執筆した総説“No health without mental health”を参考にした。

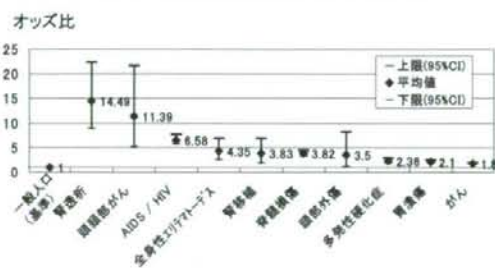
C. 研究結果

1) 身体疾患と自殺について

(1) 身体疾患の自殺リスク

身体疾患患者の自殺リスクは高く、Harris EC (1994)の海外での研究[5]を紹介した佐伯の報告[6]によると、最も高い腎透析患者の自殺率(一般人口の14.5倍)に続き、頭頸部がん患者(11.4倍)、HIV患者(6.6倍)、全身性エリマトデス患者(4.4倍)など、高値の自殺率の疾患が存在する(図3)。

図3. 身体疾患の自殺リスク



出典: Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-98, 1994 (特別号: 身体疾患と自殺). 広島市内科医会誌 1:67

(2) がん患者の自殺(図4)

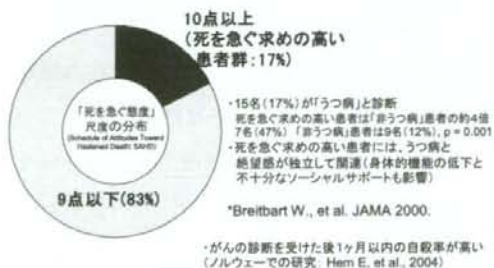
がん患者における自殺率は、一般人口の約1.8倍といわれており[5]、がん患者の0.2%程度が自殺で亡くなっていることになる。

がん患者の希死念慮の頻度に関する研究として、緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者を対象にした調査がある[7]。終末期がん患者の17%が希死念慮(死を急ぐ強い求め)を抱いていた。希死念慮は、うつ病と絶望感が独立して関係し、加えて身体的機能の低下と不十分なソーシャルサポートが関連していた。国立がんセ

ンターの患者で精神科への紹介患者の分析においても、自殺願望を含む他科からの紹介の主な理由には身体的機能の低下とうつ病があった[8]。がん患者における自殺の危険性について調べた大規模コホート研究によると、がんの診断後の初期が自殺の危険因子であり、特に診断後の最初の1ヶ月間が最も高い危険率であることが示されていた[9]。

自殺したがん患者の精神状態を検討した報告は少ない。Henriksson MMら[10]は、自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した。その結果、両群ともに自殺の主原因である精神疾患はうつ病であった(図4)。また終末期がん患者においては、いわゆる実存の問題も関連要因となってくることを報告している。

図4. 緩和ケア病棟入院患者の希死念慮と抑うつ*



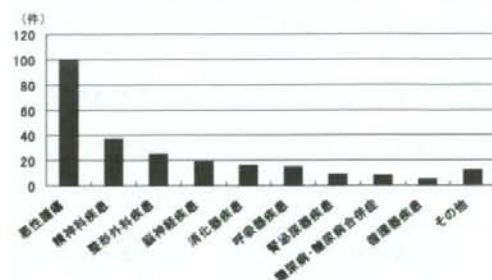
(3) 一般病院での自殺事例調査

病院の評価団体である日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会に設置された「精神科領域における医療安全管理検討会」では、会員病院内における自殺事故に関する実態把握のために、郵送法による調査を行った[11]。対象となった1,006の一般病院のうちの575(回答率57.2%)から回答が得られ、29%の病院で「過去3年間に、入院患者の自殺事例(外出中・外泊中を含む)が存在していた。報告書による自殺事例の「診療科・疾患病名」を図5に

示す。悪性腫瘍、精神科疾患、整形外科疾患の順で、事例の報告が多かった。

なお、今回報告された事例は、病院として把握・記録された入院患者の自殺事例であり、比較的長期(もしくは最終転帰まで)に診療を行う科とそうでない科とでは、事例化する割合が異なることなども考慮して理解する必要がある。

図5. 一般病院における入院患者の自殺



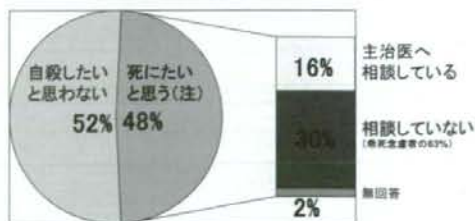
出典: 南良次, 岩下寛, 河野千枝. 日本医療機能評価機構患者安全推進ジャーナル 13, 2008

(4) 希死念慮と相談体制

希死念慮を持つ患者が、どの程度主治医へ希死念慮があることを伝えているかを明らかにするために実施した研究[12]の結果を図6に示す。

この研究は、3つの精神科医療機関の外来通院中であり、DSM-IVにより大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害に分類される患者に質問紙法による調査である。122名のうち、48%になんらかの希死念慮があるが、そのうちの68%は、希死念慮について主治医に相談していなかった。

図6. 希死念慮と主治医への相談—気分障害の外来患者—



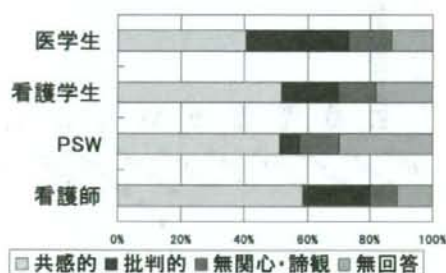
注:「死にたいと思う」(48%)は、「死にたいと思うことはあるが、自殺を實行しようとは思わない」(45.1%)、「自殺したいと思う」(2.5%)および「チャンスがあれば、自殺するつもりである」(0.8%)の合算である。

出典: 小山達也, 他. 臨床精神医学, 2007

(5) 自殺問題への専門家の態度のばらつき

自殺問題に対して、専門家がどのような態度を有しているかは、希死念慮のある身体疾患患者が相談しやすい環境にあるかを評価する助けとなる。その第1段階として、学生に自殺問題に対する態度を測定した結果が図7である[13]。学生、特に医学生は、自殺問題についてむしろ批判的であるという結果であった。

図7. 自殺問題に対する態度



Kawanishi C, et al. Primary Care Mental Health (in press).

2) 身体疾患と精神疾患について

(1) がん

がん患者における抑うつは、QOL (Quality of Life) の低下のみならず、自殺、家族の精神的負担の増大、治療に対するコンプライアンスの低下、入院期間の長期化など多岐に影響を及ぼすため、抑うつへの対策は極めて重要である[14-17]。先行研究から、がんの臨床経過において抑うつ症状を呈しやすい危険因子として、診断・治療、病前要因、痛み、ボディイメージの変化、ソーシャルサポートの不足、飲酒・喫煙依存の既往、精神疾患の既往歴など複数の要因が示されている[14, 18]。加えて、わが国の患者では、進行病期、非婚姻、独居、絶望的なコーピングスタイルも重要な要因として強調されている[19, 20]。

(2) 循環器疾患

一般住民を対象とした研究結果によると、うつ病と不安は、冠動脈疾患 (狭心症と心筋梗塞) の間に中等度～強い関連性が存在していた[21]。脳卒中においても、うつ病は独立した危険因子であることが示されていた。これらは10年を超える追跡した住民調査に基づくものであり、高いレベルのエビデンスといえることができる。

ただし、循環器疾患と精神疾患と間に介在する要因 (喫煙や肥満) に関する研究はきわめて限られている。なお、高血圧との関連をみた7～16年間追跡した研究[22]では、影響する可能性のある要因 (年齢等患者特性や、喫煙や糖尿病または循環器疾患の既往など) を補正した結果、ベースライン時のうつ病スコア (1.8, 95%CI: 1.2-2.8) および不安スコア (1.8, 95%CI: 1.3-2.5) の高値が、高血圧発症の独立した予測因子であることが示されていた。

「心筋梗塞」の発症後には、うつ病の発現率が上昇する[23]。また、予後研究では、うつ病の併存が、心筋梗塞後の転帰不良 (冠動脈疾患の再発・死亡、全死亡を含む) の一貫した予測因子であることが示されている[21]。これはアドヒアランスの低下と関連していると一般に考えられている。なお、「不安」はうつ病ほど、予後因子としての有力なエビデンスは得られていない[24]。

「脳卒中」については、脳卒中後1年間で23.3%が大うつ病を発症していた[25]。また、脳卒中後にうつ病を発症すると、10年間の死亡率が3.4倍高いという結果の研究がある[26]。

次は介入効果に関する研究成果についてである。「心筋梗塞後」の心理的介入に関する介入研究では、総死亡や心死亡に対する介入の効果は

認められなかったが、冠動脈疾患患者の不安と抑うつが幾分軽減することが示されていた[27]。ただし感情障害に焦点を当てた介入は少ない。抗うつ薬 (SSRI) は、心筋梗塞後のうつ病に対する治療として安全であり、ある程度の効果を発揮することが示されている[28]。うつ病に対する認知行動療法と SSRI による段階的治療の臨床研究では、介入に伴って気分および社会的支援の有意な改善が認められたが、無イベント生存率や全生存率についての改善は見られなかった[29]。

「脳卒中」の後の抗うつ薬の有効性を裏づけるエビデンスは弱い。抗うつ薬治療により脳卒中後の死亡率が持続的に低下するという研究成果[30]もあるが、脳卒中後のうつ病に対する投薬治療を扱った総説では、症状の軽減は認められたものの、診断可能なうつ病の寛解は見られなかった。また、投薬治療により脳卒中の回復が促進することもなかった[31]。

(3) 糖尿病

うつ病が2型糖尿病の発症リスクが上昇させるかに関するエビデンスは定まっていないが、精神障害(うつ病を含む)と糖尿病の「併存」については、有力なエビデンスが存在する。地域住民の糖尿病有病率は2~3%であるが、「統合失調症」患者の糖尿病有病率は15%を上回る[32]。「うつ病」と糖尿病の関連性は、メタ分析のよると2.0(95% CI: 1.8-2.2)であった[33]。「不安」と糖尿病の併存に関するデータは少ないが、全般性不安障害の平均有病率が13.5%であるとの報告[34]がある(通常地域住民における有病率は3~4%)。

糖尿病治療には、日常生活における血糖コントロールが必要であり、「アドヒアランス」は重

要な側面である。「統合失調症」患者における経口血糖降下薬の服薬遵守状況は不良である[35]。「うつ病」を有する糖尿病患者も、食事療法や運動、経口血糖降下薬に関する指示をあまり遵守しない[36]。精神的に問題があると、患者の自発的行動を維持することが困難になることが考えられる。

重篤な精神疾患も含め、精神障害を有する患者とそうでない患者の糖尿病治療の質は、ほとんどの指標において差はなく、もし差があるとすれば、それは物質使用障害を有する場合であると国際的には考えられている[37]。

「うつ病」や「不安」と「血糖コントロール」の不良との間に関連性のあることが示唆されている。糖尿病患者に見られるうつ病は、糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症、大血管合併症、性機能不全など、糖尿病合併症と関連のあることが一貫して示されている[38]。大うつ病と2型糖尿病における死亡との間には、有意な関連性が存在する(ハザード比2.3)[39]。

精神科医療による介入がこうした転帰に及ぼす有益な効果については、一貫したエビデンスは得られていない。米国のプライマリケア診療所で実施された大規模試験では、糖尿病とうつ病を有する患者に対し、エビデンスに基づく共同うつ病治療(薬物療法、問題解決療法、または両者の併用)を行った結果、うつ病の転帰には有意な効果が認められたものの、血糖コントロールについて通常のプライマリケア以上の効果は認められなかった[40]。

以上の循環器疾患と糖尿病と精神疾患との関連についての Prince Mら[4]のまとめを簡略したものを図8に示す。

図8. 身体疾患と精神疾患に関するエビデンス

	両者の関係			身体疾患 治療力に アナルへ 影響	身体疾 患の予 後-72% 以上へ影 響	精神疾患治療の効果	
	精神疾患 は身体疾 患のリスク か??	精神疾患 は身体疾 患の結果	併存症 (関連不 明)			身体疾患 患者のリスクへ の改善への 効果	身体疾患へ の効果
認知症疾患 と精神疾患	4	3	3	2	3	1	-1
脳卒中と抑 うつ病	3	3	3	0	3	-1	-1
糖尿病と精 神疾患	1	2	3	3	3	1	1
糖尿病と総 合失調症	1	1	3	2	0	0	0

4=strong evidence (meta analysis or systematic review) 3=consistent evidence (several studies)
2=evidence from one study only 1=inconsistent evidence 0=no evidence identified
-1=negative reports
Lancet 2007;370:859-77

D. 考察

今回の予備的検討により、国際的に身体疾患を有する患者の自殺リスクは高いとされていること、また自殺と関連する希死念慮や精神疾患の存在も明らかになった。

両者の関係は、我が国においても同様の傾向があることと考えられるが、根拠となる調査は限られており、調査研究が一層活発になることが求められる。

がん患者の抑うつは、臨床場面においてしばしば医療者に見過ごされていることが指摘されている[41]。その背景には、抑うつはがんに対する正常反応、治療の困難性、心理的問題を扱うことにより抑うつを増強するのではないかと懸念などの医療者側の問題が指摘されており[16]、臨床腫瘍医・身体科医、看護師らに対しては、簡便な抑うつスクリーニング法を用いて早期発見を行うことも推奨されている[42]。

循環器疾患や糖尿病についても、精神疾患との関連に関するとの先行研究があるにもかかわらず、テーマとして取り上げられることは多くはない。医学生への自殺に対する意識が高くないという調査結果から推察するに、がん患者と同じく、循環器疾患や糖尿病の患者の抑うつや精神疾患の併存に対する医療者側の意識が高くな

いことを示しているのかもしれない。

希死念慮や精神疾患を有する身体疾患の患者への個別化した柔軟介入方法[たとえば 43]の開発が求められている。その第一段階として、まず患者および家族に対するオープンで非審判的なコミュニケーションを促進することから始める必要があると考えられる。

E. 結論

腎透析患者や頭頸部がん患者など、身体疾患患者の自殺リスクは高く、がん患者の自殺率は一般人口の約1.8倍との報告があった。を有する気分障害患者の約半数に希死念慮があり、その約3分の1は希死念慮について主治医に相談していなかった。がん、循環器疾患および糖尿病と精神疾患はいずれも中程度から強い関連があり、身体疾患患者の自殺および精神疾患との関係に着目するケアおよびその研究は優先順位の高い課題であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

小山達也、田島美幸、五十嵐良雄、他. 気分障害の患者における希死念慮と医師への相談. 臨床精神医学 36:1311-1314, 2007.

2. 学会発表 現在のところなし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【資料】

自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアガイドライン

- 研究分担者 有賀 徹 昭和大学病院 副院長
研究分担者 河西千秋 横浜市立大学医学部精神医学教室 准教授
研究分担者 川野健治 国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター 室長（社会精神保健部室長併任）
研究分担者 桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター 所長
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
研究分担者 中村恵子 札幌市立大学看護学部看護学科 教授

（五十音順）

研究要旨： 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱を踏まえて、わが国の自殺対策が本格的に始動した。大綱に明示されている当面の課題の中に、自殺未遂者・自死遺族ケアがある。

本研究班は、2007年度までに、自殺未遂者と自殺念慮をもつ人、ならびに自死遺族のためのケアと支援のありかたについて、また、ガイドライン作成のための研究を行ない、厚生労働省が召集した「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」（上田茂座長；以後、検討会）の議論と最終報告書（2008年3月）の作成を学術的に支援した。2008年度は、検討会報告書で示された「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針」および「自殺者親族等のケアガイドライン作成指針」に準拠し、領域別のガイドライン、もしくは手引きの作成を目指した。

未遂者ケアにおいては、救急医療施設のスタッフのための指針、精神科救急医療施設スタッフのための指針、精神保健・福祉相談従事者・自治体の生活相談対応従事者のための指針の作成を、それぞれ専門家、学術団体に委嘱し、その作成作業に参加、あるいはこれを支援した。救急医療部門の手引きは、日本臨床救急医学会が受託し、委員会を招集し、大塚耕太郎と山田朋樹、守村洋、三宅康史（いずれも研究協力者）が執筆した。精神科救急部門の手引きは、日本精神科救急学会が受託し、作成班を招集し、大塚耕太郎が執筆した。そして、精神保健・福祉相談従事者・自治体の生活相談対応従事者のための指針については、全国精神保健福祉センター所長会、および専門家、民生委員、自治体職員等の支援を受けながら、桑原寛と河西千秋が執筆した。それぞれの文書は、「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針」に準拠するとともに、世界保健機関が刊行している各種自殺予防の手引きを参考にした。一方、自死遺族支援においては、精神保健・福祉相談従事者・自治体の生活相談対応従事者をはじめ、広く自死遺族と接する機会のあるものを使用者として想定した。川野健治が、大塚俊弘、濱田由香里（いずれも研究協力者）に執筆を依頼し、検討会議を招

集し、全国精神保健福祉センター所長会、および専門家、民生委員、自治体職員等の支援を受けて作成した。

結果として、「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」、「精神科救急医療ガイドライン（案）：自殺未遂者への対応」、「自殺に傾いた人を支えるために：相談担当者のための指針」、「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」が本研究により作成された。

これらのガイドライン・手引きは、実際の使用の後に、利便性の観点から、そして時宜を考慮し改訂されていくべきものである。いずれにおいても、盛り込まれている事柄のすべてを、相談担当者あるいは相談に対応する部署や組織が単独で実施することは不可能である。また、地方自治体のさまざまな行政相談窓口や関連相談諸機関における業務内容や相談対応上の責務を規定しようとするものではない。それぞれの手引き・ガイドラインで示した相談対応ができるようにするためには、相談担当者の養成研修や、地域資源の連携ネットワーク作りなどの取り組みが必要である。

また、先の検討会から出された報告書（2008年3月）の提言を踏まえて、さらに教育現場、看護師やソーシャルワーカー・臨床心理技術者、介護従事者、警察・消防、報道関係者におけるガイドラインや手引きが作成されることも望まれる。効果的な自殺予防、自死遺族への支援を継続するためには、たゆまずガイドラインの作成・整備を継続し、多くの領域の人が自殺対策に関わっていくことが必要である。

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適切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も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付き、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) 手引書には、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、手引書の目的は大半が達成される。
- 7) この手引書は、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はいない。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

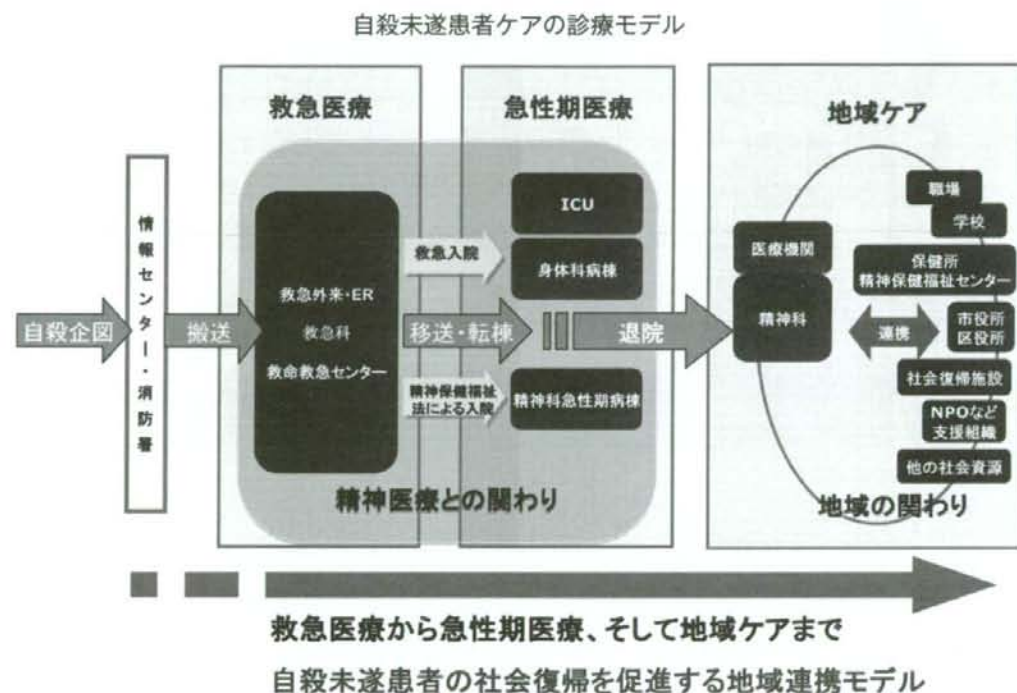
三宅 康史

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。



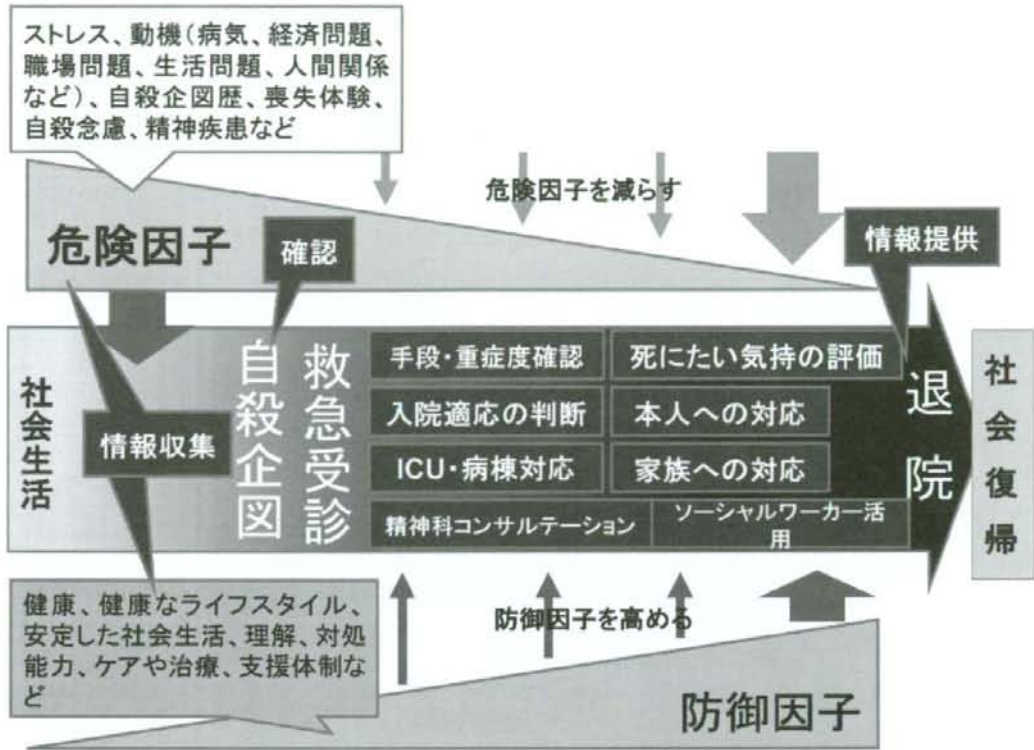
【危機介入】

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。

救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応



自殺には、図で示したようなさまざまな危険因子が存在することが知られている。

図は自殺未遂患者のケアのストラテジーを簡略に示している。青の部分はフローチャートでも示した自殺未遂患者のケアとして実践すべき項目である。救急医療の従事者は自殺未遂患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、防御因子を高めることで、自殺企図の再発危険性を減らすことができる。

救急医療は自殺未遂患者に対するケアのフロントラインであり、再発を予防するための拠点にもなり得る。

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

救急医療の現場では、身体的なケアだけでなく、自殺未遂という行為に対しても即時的なケアが必要である。自殺未遂患者ケアの目標としては以下の二つが重要である。

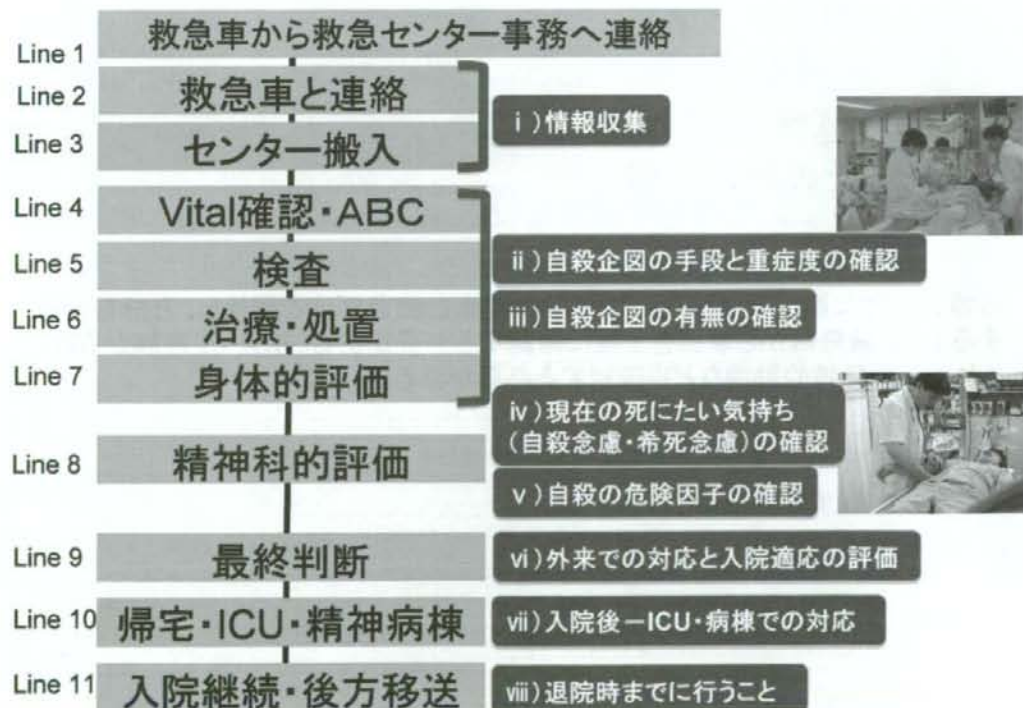
自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

実際には、下記のフローチャート（Line1～11）に沿って自殺未遂患者への診療を行うが、その際にとくに重要と思われる事項を i から viii までに示した。

以下では、これらの事項について解説する。

自殺未遂者のケア：現場でのフローチャート



i) 情報収集

患者が救急医療機関に搬送されたら、身体治療に関わる処置、検査だけでなく、直ちに下記に示した項目を、救急隊および家族や周囲から得ることが望ましい。受傷状況に関する情報把握は、身体治療を行う上で必要不可欠であるとともに、精神的ケアの方針を定める上でも欠かすことができない。

	救急隊	家族や周囲
バイタルサイン	●	
企図手段	●	●
発見状況	●	●
受診歴	●	●
生活状況	●	●
家族や支援者	●	●
遺書・動機	●	●
経緯・現病歴		●
その他の情報	●	●

自殺企図者に関して、精神医学的なケアを含む救急医療を開始し、方針を決定する上で、救急隊から事実を正確に確認する必要がある。加えて、家族からも、これまでの経緯や動機などを確認する必要がある。

精神科医へのコンサルテーションの上で、下記の情報も非常に役立つ。

- 1) 年齢、性別、婚姻歴、自発的受診の有無
- 2) 主訴、病歴、精神科既往歴、家族歴