

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
あしがき	50

I. 自殺、自殺未遂、自殺念慮、自傷行為について

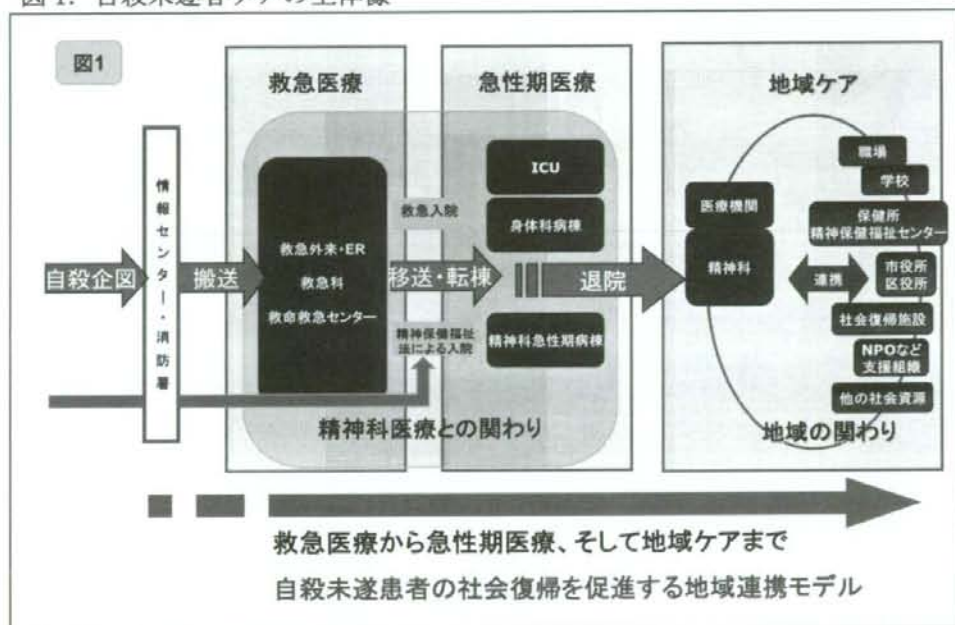
本ガイドラインでは、「自殺したい」と考えることが自殺念慮であり、自殺念慮により自殺するための具体的な行動を行い（自殺企図）、死に至った場合は自殺（自殺既遂）であり、生存している場合は自殺未遂と定義する。一方、自殺念慮は存在せず、自殺の意図はなく故意に自らに非致命的な損傷を加える行為を自傷行為とする。

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。

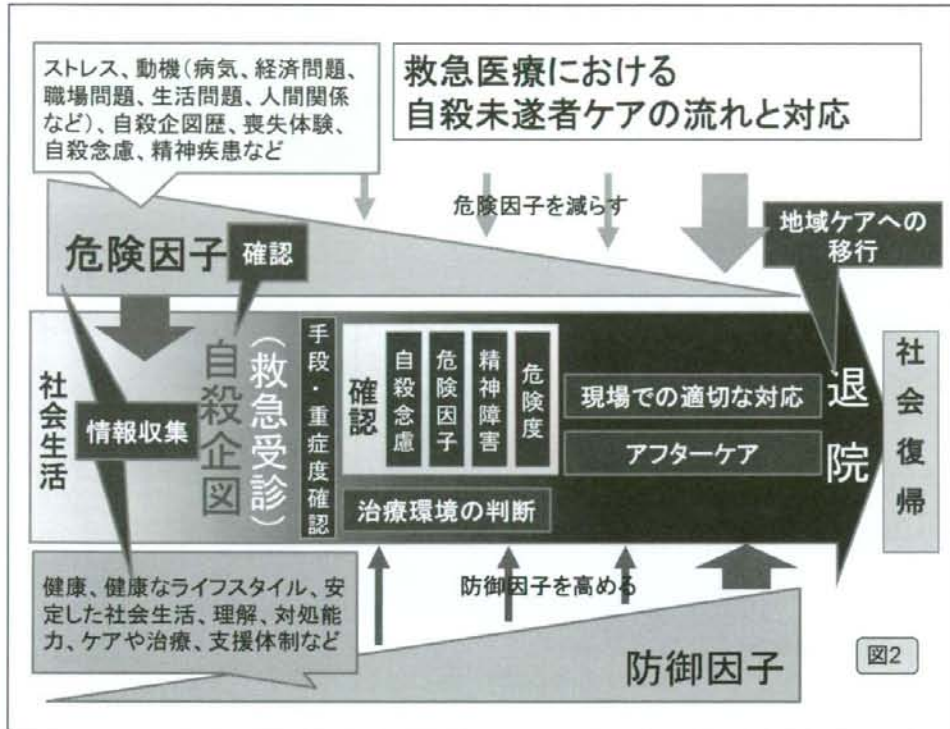
図1. 自殺未遂者ケアの全体像



【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）

(Stage5-11. までの注)

- ・ 救命救急センターでの対応が必要な場合、救命救急センターの担当精神科医や身体科担当医にコンサルト
 - 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

Stage12. 最終判断

- ・ 病識の確認、入院の適否判断、保護者確認
- ・ 呼吸状態不良・JCS2桁から3桁は身体救急の適応
- ・ 重症熱傷患者については、ICUの熱傷室など身体救急の適応
- ・ 意識レベル不良でも vital sign が安定し、各種検査や所見にて異常が認められない場合（透析や人工呼吸管理、手術の不要の場合、精神運動興奮が著しい場合、身体的に重症でない場合）は、直接精神科病棟入院となることもある
- ・ 緊急措置入院の可否を検討する必要もあり、警察・保健所などの連携も視野に入れる。

Stage13. 処遇決定

ケース・家族・周囲への説明と同意、再企図予防

◆ 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
- ・ vii) 治療環境の判断
- Stage14. 入院継続、後方移送、退院、外来通院
- ・ 入院継続による患者有益性評価
 - ・ 入院目的の再検討
 - ・ ケース・家族・キーパーソンとの継続的IC
 - ・ 入院による精神医学的再評価
 - ・ 入院による精神科治療
 - ・ 精神科救急システム利用の場合には後方移送も考慮
 - ・ 退院後計画の策定
 - ・ 外来通院によるフォローアップ
 - ・ ケースマネジメント
- ・ 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

IV. 自殺対策10のステップの実践

以下では、精神科救急における自殺対策としての10項目について説明する。

i) 本人・家族・周囲からの情報収集

1) 情報収集について

自殺未遂者が精神科救急を受診した場合、直ちに身体的な面だけでなく、精神医学的な面からも情報を収集することが重要である。そして、自殺企図に関する情報、自殺企図前後の情報、家族・支援者の情報について確認を行うことが、自殺企図者の対応の起点となる。また、図4に示した情報について確認することが望ましい。情報源により得られる情報の質は異なり、情報提供者を確認しておくことも必要であり、最終的に様々な情報を総合して評価する。

図4. 自殺企図に関する情報源と情報の内容

	本人	家族 支援者	救急隊	警察	医療 機関	保健所	図4
バイタルサイン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
企図手段	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
発見状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
遺書・動機	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
受診歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経緯・現病歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
家族や支援者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他の情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ は確認が困難な項目

自殺未遂者に関して、精神科救急医療を導入し、方針を決定する上で、事実を正確に確認する必要があります。また、自殺企図に至った経緯や動機などを確認する必要があります。情報提供者が誰かで、情報の質は異なるが最終的に様々な情報を総合的に評価する必要があります。

1. 全身状態：

自殺未遂者が受診した場合、精神科医は第一にバイタルサインや身体的状況を確認する必要がある。自殺未遂者は時に自殺企図の情報を述べないことがあり、身体的な状態や意識障害などの徴候に関する情報を注意深く把握する必要がある。

2. 自殺企図に関する情報：

次に、だれが、何を、いつ、どこで、どのような理由で、どのような手段で自殺企図したか確認を行う（自殺企図に関する 5W1H）。

自殺企図に関する 5W1H

- だれが (Who) : 自殺未遂者の住所・氏名・年齢
- 何を (What) : 自殺企図
- いつ (When) : 企図時刻
- どこで (Where) : 自殺企図を行った場所
- なぜ (Why) : 自殺企図に至った経緯・現病歴、遺書・動機
- どのように (How) : 企図手段

しかし、意識障害や精神症状により、本人からの自発的な情報を得られず、企図手段が特定できない場合もある。例えば意識障害で倒れているところを発見された場合、大量服薬なのか、服毒なのか、または一酸化炭素中毒なのかなど詳細に確認する必要がある。特に患者の身近な存在である家族等の情報は重要である。しかし、患者や家族・周囲から得られる情報が正しいとは限らない。周囲から得られる情報だけでなく、客観的に得られる所見、情報を可能な限りすべて収集するよう心掛けることが大切である。

3. 自殺企図前後の情報：

これまでの経緯・現病歴や遺書・動機、受診歴などを確認する。発見者や発見状況、付添の有無、発見から受診までの状況を確認する。受診に至った経緯や病歴に関する情報は危険度の評価や治療環境の判断に役立つ。

4. 家族・支援者に関する情報：

家族はいるか、支援者はいるか、などの情報も重要になる。

5. 警察関係者からの情報：

警察官の対応があったのか否か、同伴しているのか否かなどの警察官からの情報も重要であり、身体的問題が軽微である場合などは、処置後に警察官による24条通報となることもあり得る。警察がなぜ関与しているかということを確認することも、患者の危険度を把握する上で重要である。

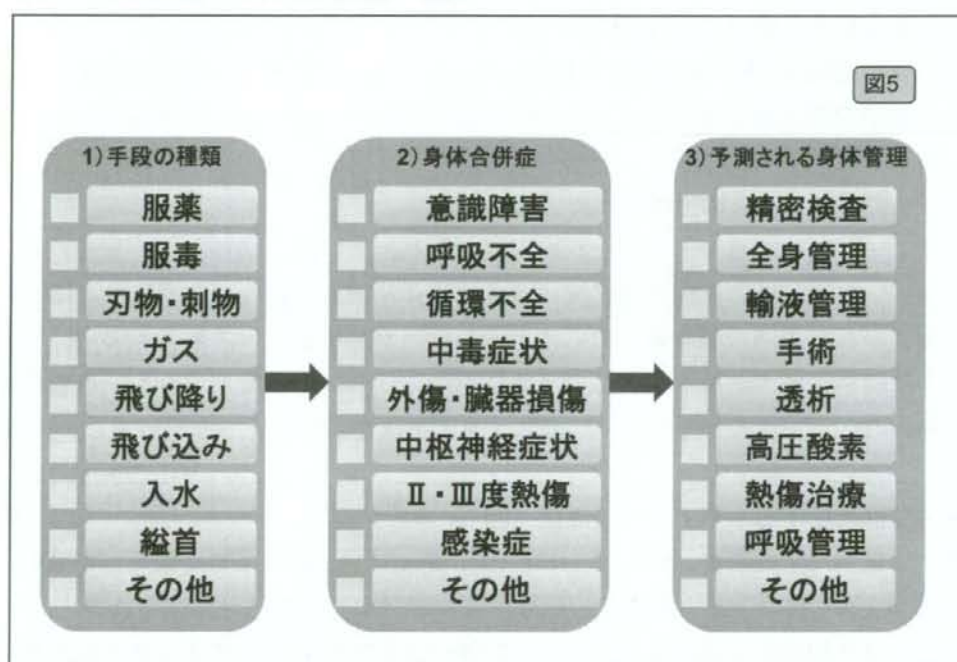
2) 本人、家族の心理状態を考慮して情報収集する

自殺未遂者は心理的に動揺を示していること場合が多いため、安心感を与える対応を初期から行うことが望ましい。情報収集や評価は治療的意味合いもあるため、初期対応を丁寧に行うことは、その後の円滑な診療につながる。家族や知人など周囲の者は、自殺企図や自殺念慮を認めた患者の対応で混乱状態にある。応対する者は落ち着いた態度で、安心を与えることも重要である。また、大変な状況にある家族の気持ちを汲み取り、進めていく必要がある。自殺企図者と家族がお互いに心理的葛藤を抱えている場合も少なくない。情報収集にあたっては、自殺企図者と家族・周囲には中立的な態度で、どちらの気持ちにも配慮した対応が必要となる。

ii) 自殺行動の手段と重症度の確認

自殺企図の診療にあたって、当初の最重要の治療目標は自殺企図に関する生命予後である。自殺未遂者が精神科救急を受診した場合、自殺企図の手段を確認し、身体合併症の重症度から必要となりうる身体管理を予測することが重要である。身体合併症の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、身体科病棟での身体的治療を検討することが優先される。身体的重症度と精神的重症度を勘案して、自殺企図に対する最適の治療環境を設定することが必要となる。

図5. 自殺行動の手段と重症度の確認



1) 手段を確認する

本人や周囲から得られる情報をもとに企図手段を確認する。例えば、焼身を図った場合には、熱傷治療を視野に入れた対応が必要となる。炭酸リチウムを大量服薬した場合は、血液透析が適応となる場合がある。そして、排気ガスを吸引した場合、一見重症度の低く見える場合でも、一酸化炭素中毒などではその後に間歇型一酸化炭素中毒を発症する場合もあるため、高圧酸素療法を要することも少なくない。飛び降りやリストカットでは外科的治療を要するし、大量服薬による自殺企図では長時間