

その疑問や問題点に十分対応する内容のものでないことは、発刊時から明らかであった。このため、前年度に収集した昭和大学病院、聖路加病院、日本医大武蔵小杉病院、関東労災病院、北海道大学病院の救急担当スタッフの“自殺未遂者ケアで困ったこと集”を参考に、いわば車の両輪として教科書に続くマニュアル集として現場における具体的な対応集を作成することとなった。ケースシナリオ5例を中心に具体的な対応をQ&A方式で解説する。

(倫理面への配慮) 特になし。

C. 研究結果 (資料参照)

平成22年1月16日大阪での研修には37名の参加があり、内訳は医師8名、看護師17名、保健師2名、ソーシャルワーカー3名、事務職、学生各1名、その他および不明5名であった。1月23日東京での研修参加者は32名、内訳は医師10名、看護師16名、ソーシャルワーカー1名、学生2名、その他および不明3名であった。参加ファシリテーター、司会および講師の略歴、主催者のあいさつの記載されたプログラムを資料として添付する(資料6)。アンケートおよびスケールについての検討は現在進行中である。

良くある質問集については、平成22年1月末現在、シナリオとそれにおける質問が作成された。3月末に向けて、その解答編と編集・査読、日本臨床救急医学会理事会と厚生労働省の承認を経て、今春発刊予定である。

D. 考察

前年に開催された第1回目の自殺未遂者ケア研修では、募集対象を限定しなかったために、異なる立場、環境の参加者が集まり、十分に深い議論が行えなかったという反省に立ち、今年度は、募集時から救急外来(ER)、救急科、救命救急センターで自殺企図患者の初療にあたる医

療スタッフを対象とする旨を明記したうえで募集を行った。大阪会場で42名、東京会場で37名の応募があったが、当日の欠席者がありそれぞれ37名、32名となった。医療従事者という立場で患者急変や重症化で院内から出られないことなどを考慮しても、当日の無断欠席があることは、参加費が無料であることや、病院としての公式研修としての参加でないことなど、来年度に向けて改善すべき点かもしれない。今回は、参加者に対して修了証を発行することが決定された(資料7)。前もって修了証の発行を掲示しておくこと、この研修を受けることで何らかのアドバンテージ、具体的には資格取得における条件とすとか、受講者のいることが病院評価機構における評価ポイントとなるなどの工夫で、この点も改善が見込まれる。また東京、大阪の2会場での開催では、地方からの参加には困難を伴うと思われる。講演はビデオで流すか一人の講師が担当するなどして講師を減らし、1回の受講生数を減らしてその地方在住のスタッフを中心にファシリテーターを組むなどの工夫により、小規模開催を頻回に実施することで、全国展開が可能となり、結果的に多数の参加者が見込まれる。学習意欲のある受講生を集め、欠席者をなくすためにも、受講料を取るのも1つの方法であろう。経費に制限があり、それで開催数が限局されるならば、各地域の大学病院の研修室を借りることで経費を削減できる。受講料でランニングコストと、講師、ファシリテーターの日当および交通費をまかなえれば自立的な開催も可能である。

また、今回もファシリテーターとして多くの精神科医、臨床心理士、PSWの方々の協力を得たが、ファシリテーターを担当していただけるベテランの数がまだまだ十分とはいえず、今後、

自殺未遂者ケアの指導的立場となるべき精神科関連スタッフの育成が、この事業を成功させるもう一つの鍵であると考えられる。そのためには、臨床救急医学会が長期的視野に立って関連学術団体と協力し、自殺未遂者ケアに長けた臨床心理士やPSWの養成にもかかわるべきであろう。むしろ厚労省のバックアップはこちらに向けられる方が効率的かもしれない。

今回の研修では、日常では多忙のために、十分時間をかけて自殺企図患者に接することができないことを考慮して、手引きをテキストとして1つの症例をじっくりチームとして治療・ケアしていく過程を学んでいただいた。今後、再び日常診療に戻った時には、標準的な治療及びケアの過程を一度しっかり学んでおくことで、短時間の中でやっておくべきことが実践できると考えられる。そのためにも来年は、実際に自殺企図患者に接する機会が多いが精神科医のいない医療施設で働くスタッフを中心とした参加者募集が必要と感じられた。

手引きを1度使うことで、今後実際に自殺企図患者が来た時に、どのページに何が書いてあったかが頭に浮かび、その使い勝手は向上するであろう。そして、現在作成中のFAQ集はこれを補完すべく、実際の診療の中での問題の解決策を提示してくれるはずである。

E. 結論

自殺未遂者ケア研修も2年目を迎えた。自殺未遂者を最初に診察する救急医療スタッフに向けて、効果的な研修を行うことは現実的な方法として大きな効果を発揮している。一方で、運営方法、対象となる受講生、講義とワークショップ内容など改善すべき点も少なくない。今後、アンケート調査の詳細な分析を行い、来年度に向けたより有効な研修会の企画・立案と、現場

で役に立つFAQ集の発行とその評価、改訂に向けての情報収集などが必要であろう。

F. 健康危険情報

(なし)

G. 研究発表

1. 論文発表

予定なし

2. 学会発表

第13回日本臨床救急医学会（予定）

第38回日本救急医学会（予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

(なし)

必要な資料（ガイドラインを含む）

資料 1. 平成 21 年度自殺未遂者ケア研修

資料 2. 症例 53 歳 男性

資料 3. 症例 32 歳 女性

資料 4. Understanding of Suicide Attempt Patient Scale

資料 5. アンケート調査票

資料 6. 平成 21 年度自殺未遂者ケア研修 救急医療版

資料 7. 修了証（見本）

資料1. 平成21年度自殺未遂者ケア研修

自殺未遂者ケア研修

- 1.主催 厚生労働省
- 2.開催日時 平成21年3月22日(日) 10:20~17:00
- 3.会場 オフィス東京 東京都中央区京橋1-6-8
- 4.対象者 医師、看護師、精神保健福祉センター職員
- 5.内容

9:50	開場	
10:20	開会あいさつ	厚生労働省職員 司会:河西 千秋(横浜市立大学)
10:30	基調講演	講師:松本 俊彦(自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長) 「自傷行為と自殺企図の理解」 講師: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) 「自殺未遂者対応の実際」 講師:大塚 耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座) 「医療連携・相談体制・情報提供(相談支援、社会資源)、地域におけるケア」
11:30	ワークショップについての説明 川村 祥代(岩手医科大学) 河西 千秋(横浜市立大学)	
12:00	休憩	
13:00	ワークショップ	テーマ 「自殺未遂者が最初に医療機関に受診したときから退院後の地域支援に 至るまで、どのようなことに注意し、何を行うべきか」 ファシリテーター 松本 俊彦(自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長) 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) 智田 文徳(岩手医科大学) 大塚 耕太郎(岩手医科大学) 川村 祥代(岩手医科大学) 山田 素朋子(横浜市立大学) 平野 みぎわ(横浜市立大学) 中川 牧子(横浜市立大学) 小高 真美(国立精神・神経センター)
14:30	休憩	
14:40	成果物の発表会とディスカッション 講師による講評	
16:10	休憩	
16:20	まとめ講義	講師:智田 文徳(岩手医科大学神経精神学講座) 「救急医療機関で救命できなかった場合の対応について」
16:50	閉会	司会:河西 千秋(横浜市立大学)

資料2. 症例53歳 男性

症例 53歳 男性

既往歴： 高血圧

病前性格：真面目、頑固、短気、完全主義

生活歴： 大学卒業後、23歳で現在の会社に就職した。26歳時に結婚して子どもが一人（長男）。X年4月に本社から支社へ異動となると同時に部長に昇進した。趣味は音楽鑑賞。アルコールはたしなむ程度。喫煙はしない。子供は独立し、現在は妻と二人暮らしをしている

現病歴： X年4月、部長に昇進し新しい職場で気力も充実していた。しかし、慣れない仕事の連続で戸惑うことも多く、仕事量も飛躍的に増えた。周囲との調整的な仕事が多く、自らの仕事は後回しとなり、残業や休日出勤、仕事を家に持ち帰って処理するといった機会が多くなった。

X年9月、徐々に仕事に慣れつつあった矢先、管理会議で会社の上層部から自分の部署の売上げ低下を指摘された。また、同時期に、部下が取引先とトラブルを起こしてしまい、その後始末に多くの時間を割くことになってしまった。職場の雰囲気を引き締めようと焦るあまり、連日のように部下たちを頭ごなしに怒鳴りつけるようになり、反発した部下が本人を避け孤立することが多くなった。この頃より、徐々に夜間眠れなくなり、眠るためと称して飲酒量が増え始めた。悪酔いして妻に当たり散らすことも度々であった。頭痛、肩こり、食思不振、全身倦怠感や下痢などの消化器症状が持続するため、妻の勧めでかかりつけ医に受診した。しかし、身体的精査では何も異常は指摘されなかった。X年12月、職場でもボーっとして過ごす事が多くなり、口数も減り、体重が1ヶ月で4kg減少した。「疲れやすくなった。物忘れがひどい。」「もう何も出来ない。昇進なんかするんじゃなかった。」などとよくこぼした。妻とかかりつけ医に精神科の受診を勧められたが、本人は「自分が怠けているだけ」とかたくなに拒否した。

X+1年1月、夜、いつものように就寝した後、大きな音で妻が目を覚ました。隣に居るはずの本人は布団の中にはおらず、音のした方に駆けつけてみると、首にビニールの紐を巻きつけたままうずくまっている本人を発見した。柱に紐をかけ首を吊ろうとしていたが、本人の体重の重みで切れてしまったようであった。傍らには、口のあいたウイスキーのボトルが空になって転がっていた。妻はすぐさま119番へ救急要請し、A総合病院に救急搬送された。

【搬送後】

JCS 3、血圧 162 / 94、脈拍 108回/分・整、体温 36.5、SpO₂ 96%（酸素10L 投与下）

低酸素血症と、咽喉頭浮腫による気道閉塞の治療を目的として気管挿管がなされ、人工呼吸器管理の下、集中治療室での全身管理が続いた。妻はこのような事態になることを薄々予感していたにも関わらず、きちんと精神科医療につなげなかったことに対して強い自責の念を抱いていた。また、体が良くなってもこのまま家に帰ってきたら同じこと（再企図）をするのではないかと思い、ぜひ精神面の治療もしてほしいと話した。

【救命センター病棟で】

3日後、全身状態が安定し意識も清明となったため、気管チューブ抜去の上集中治療室から転出した。主治医が本人に声をかけたところ、硬い表情のまま「ご迷惑をおかけしました。もう大丈夫です。」と答え、「仕事をたくさん残しているので、体の状態が良くなり次第退院させてください。」と懇願した。

KEY WORD : 診断、情報収集、背景の聴取、受療拒否、再企図防止、連携、家族ケア

着目点と対応のステップ

1. 患者どのような精神医学的診断が予想されるか
⇒ゴール:精神科への受診歴がない。亜急性の経過で、割合典型的な症状が揃っている。
うつ病と考えられる。
2. 患者の情報について、どの時点で、誰から、どのように情報を収集するか本人にどのように、いつ希死念慮と自殺企図であることの確認をとるか
⇒ゴール:来院時から積極的に情報をとる事が不可欠。患者の意識状態が悪い場合は家族より聴取。TALKの原則を考慮。出来るだけ早くから自殺企図であるという事の確認を本人から聴取する。
3. また、自殺企図の背景についてはどうか
⇒ゴール:本人が語る理由は表面的な事だけを指している場合が多い(例:彼と喧嘩した!)本人は自殺企図に至る伏線は多数有しているはずなので、その事に着目する必要がある。
4. 精神科受療を本人がかたくなに拒否している場合にはどのような対処が必要か
⇒ゴール:家族を通じたアプローチを進める。自宅近傍の精神科医療機関を具体的に把握し一緒に検討する。
5. 自殺企図者の家族に対してどのようなケアをすればよいか
⇒ゴール:ねぎらい、支持的なアプローチが不可欠である。突き放した対応は患者以上に陰性感情を持たれやすい
6. 「もう大丈夫です」という言葉は本当に信用できるのか?
⇒ゴール:カタルシスという現象について、正確な知識を習得する。また、カタルシスの有無を判断するために、家族からの情報を参考にすることや、今後再発する可能性について正確に説明する。
7. 再企図防止のためにどのように、誰と連携していけば良いのだろうか?
⇒様々な社会資源を活用していくためには、ソーシャルワーカーがたくさんの引き出しを有している。転院先を探す、行政、弁護士、司法書士等との連携を容易に行う事ができる。

(作成: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 山田朋樹)

資料3. 症例32歳 女性

症例 32歳 女性

既往歴： 月経前気分不快症候群（PMDD）

病前性格： 気が変わりやすい、悩みやすい、人に気を遣いやすい

生活歴： 大学卒業後、22歳で就職をした。26歳時、異性問題から不安、抑うつ、情動不安定となり、結果的に退職した。その後、30歳時から非常勤で、31歳から常勤で事務職として仕事をしている。その他、喫煙：1箱/日、飲酒：機会飲酒であるが飲酒時は大量に飲酒する傾向がある。よく携帯電話で話したりメールをやりとりする同性の友人が一人いる。実家は居住区から50km離れている。マンションで独り暮らし。

現病歴： X-16年（16歳時）、学校での対人関係等の悩みあり、手首自傷行為（リストカット）が出現。

X-15年（17歳時）、家族に伴われてA精神科クリニックを初めて受診し、5か月程通院した。次第に交友関係も安定し、自ら精神科クリニックで悩みを話すようになり、リストカットをすることがなくなった。

X-6年10月（26歳時）、異性問題から悩むようになり、不安・抑うつ状態となり、B精神科クリニックに通院するようになり、向精神薬の内服を開始した。

X-6年12月、交際相手との関係に悩む中、過量服薬し救急搬送された。その後、休職し外来通院による治療を継続した。

X-4年5月（28歳時）、職場を退職となった。

X-3年（29歳時）、徐々に症状は軽快し、

X-2年4月（30歳時）より非常勤での事務職を開始した。Bクリニック通院は滞りがちとなり、4-5か月に一回安定剤アルプラゾラムを希望して、外来を訪れていた。

X-1年4月（31歳時）より同職場の正規雇用職員となった。勤務異動があり、厳しい上司となじめず、悩むようになった。しかし、悩みはだれにも言えなかった。Bクリニックに通院する間隔は徐々に短くなった。不眠も出現するようになった。

X年9月Y日（32歳時）金曜日、アルプラゾラム（0.4mg）30錠、マイスリー（5mg）13錠を大量服薬しC総合病院救急外来に搬送された。C病院に精神科はない。輸液療法を行い、家族を実家から呼び、両親に説明の上、Bクリニックへの情報提供書を作成し、帰宅させた。

Y+3日、月曜日、Bクリニックへ受診。不眠、抑うつを訴え、パロキセチン20mg、アルプラゾラム（0.4mg）3錠、ハルシオン（0.25mg）1錠をさらに追加処方され、帰宅。

Y+13日、木曜日、10月2日、夜9時より飲酒開始。不安や抑うつが強まり、

希死念慮出現。23時母親に「これから天国にいきます」とメールをして、リストカットし大量服薬。母親の要請で救急車が本人のアパート到着し、24時救急センターへ再度搬送された。

【搬送後】

JCS10-20、血圧92 / 72、脈拍74回/分・整、体温36.5、SpO₂99%

アルコール血中濃度は140mg/dl。右手首自傷は血管、腱までは達しないものの、4針縫合。意識障害は改善せず、1時間後両親が実家から到着し、救急病棟に入院することになった。家族は、精神科治療の必要を感じつつも、精神科に入院させたら本人が傷つくのではないかと考え、入院させたらよいか、帰宅させたらよいか悩んでいた。

【救急病棟】

翌日本人は午前中覚醒。看護師が本人に声をかけたところ、「もう退院させてください」と硬い表情で繰り返しており、救急センター主治医がコールされた。家族が待合室で待機している状態である。

着目点と対応のステップ

1. 救急外来にて：情報収集、自殺企図の手段と重症度の確認、自殺企図の有無の確認

⇒ゴール：客観的にも希死念慮が存在している。自殺行動を繰り返しており、手段は複合的でコントロール感を失っている。

2. 救急病棟にて：現在の死にたい気持ちの確認、自殺の危険因子の確認

⇒ゴール：職場環境は変わっていない。自殺企図歴、苦痛な体験、サポートの欠如等の存在。危険因子が存在する。

3. 精神科治療の判断

⇒ゴール：繰り返しており、手段が重篤化しており、入院治療が望ましいケース。

4. 治療拒否している患者への対応の仕方

⇒ゴール：どのようなコミュニケーションが必要か

5. 家族への対応の仕方

⇒ゴール：家族からの情報収集、適切な説明（心理教育）を行い、治療の必要性を説明。一方で、家族の悩みを聞き、共感、ねぎらい、を同時に行う。

6. 精神科治療への連携方法

⇒ゴール：Bクリニックへのコンサルト。入院施設のある病院への連携。ケースワーカーがいれば、ケースワーカーの対応。電話等で直接的連携をとる。

（作成：岩手医科大学 精神神経科学講座 大塚耕太郎）

資料4. Understanding of Suicide Attempt Patient Scale

自殺未遂患者に対しての質問です。 あてはまる番号に○をつけてください。

1. すべての自殺未遂患者は精神医療にかかるべきだ。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
2. 自分は、自殺未遂患者を適切に看護するスキルのトレーニングを受けてきたと思う。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
3. 精神医療は、軽い薬物中毒のような自殺企図患者ではなく、もっと深刻な自殺企図患者の治療に専念すべきである。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
4. 自殺未遂患者は、通常重症な精神状態なので、精神科に入院すべきである。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
5. 自分は、自殺未遂患者を看護するための更なるトレーニングが必要である。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
6. 自分の病棟では、自殺未遂患者は通常は良好に治療されている。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
7. 自分は、自殺未遂患者に対してとても怒りを覚えることがときどきある。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
8. 何度も自殺未遂を行っている人は、自殺を完遂する危険は高い。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
9. 自分は、自殺未遂患者もその他の患者と同様に、進んでかつ共感して看護している。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
10. 自殺未遂患者は問題を抱えているわけであるから、考えられるべき最良の治療が必要である。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
11. 自分は、しばしば自殺未遂患者を理解するのが難しくなる。
1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない

12. 自分は、自殺未遂患者の手助けが好きである。
- 1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
13. 自殺未遂患者への精神科ケアは良好に行われている。
- 1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
14. 自殺未遂患者の個人的な問題に関して、出来る限り患者と話すように努力している。
- 1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
15. 自殺未遂患者を看護するのはやっかいなことが多い。
- 1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
16. 自分は、自殺未遂患者に対して共感し理解していることが多い。
- 1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない
17. 自分は、自殺未遂患者が快適で安全に感じるように出来る限り努力している。
- 1 全く同感 2 わりとそう思う 3 あまりそう思わない 4 全くそう思わない

ここからは参加された看護師さんへのアンケートです。(自由記載)

1.-1 最も印象に残っている対応困難の事例を教えてください。

1.-2 その事例を看護する上でどのような躊躇がありましたか？

1.-3 また、その事例に対してどのような看護を行いたかったと考えますか？

2. 対応困難例に対し、どのようなサポートがあればより有効な看護ができるとお考えですか？

3. 救急場面での自殺企図者のへのケアの基本的な考え方を教えてください。

ご協力有難うございました。

平成 21 年度 自殺未遂者ケア研修

救急医療版

厚生労働省主催
一般社団法人日本臨床救急医学会共催

プログラム（※東京・大阪会場共通）

- **開会挨拶** 10:20～10:30
厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官
成重 竜一郎
- **講義①「自殺未遂者対策がなぜ必要か」** 10:30～10:50
講師：山田 朋樹（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）
- **講義②「自殺未遂者ケアガイドラインについて」** 10:50～11:10
講師：大塚 耕太郎（岩手医科大学神経精神科学講座）
- **ワークショップについての説明** 11:10～11:30
説明者：三宅 康史（昭和大学医学部救急医学講座）
河西 千秋（横浜市立大学医学部精神医学教室）
-
- 休憩 11:30～12:30
- **ワークショップ「救命救急医療施設における自殺未遂者対応」** 12:30～14:10
-
- 休憩 14:10～14:20
- **講義③「地域の自殺対策の取り組み」** 14:20～14:40
講師：河西 千秋（横浜市立大学医学部精神医学教室）
- **成果物の発表会とディスカッション** 14:40～16:20
- **講義④「自死遺族への対応と支援」** 16:20～16:40
講師：智田 文徳（社団医療法人智徳会 岩手晴和病院）
- **閉会挨拶** 16:40～
厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官
成重 竜一郎

ファシリテーター

【大阪会場】

安部 由起子（大分大学）／安東 友子（大分大学）／池下 克実（奈良県立医科大学）
衛藤 暢明（福岡大学）／織田 裕行（関西医科大学）／佐藤 篤（近畿大学）／杉本 達哉（関西医科大学）
人見 佳枝（近畿大学）／松尾 真裕子（福岡大学）／山田 妃沙子（関西医科大学）

【東京会場】

伊藤 敬雄（日本医科大学）／岩本 洋子（横浜市立大学）／神谷 美智子（北里大学）
川島 義高（日本医科大学）／川村 祥代（岩手医科大学）／中村 光（岩手医科大学）
平野 みぎわ（横浜市立大学）／山田 素朋子（横浜市立大学）／山本 賢司（北里大学）

三宅 康史 (昭和大学医学部救急医学講座)

昭和大学医学部救急医学・昭和大学病院救命救急センター 准教授
1985年東京医科歯科大学医学部卒業、医学博士、救急指導医、脳神経外科専門医、集中治療専門医、外傷専門医
日本臨床救急医学会「自殺未遂者のケアに関する委員会」委員長

山田 朋樹 (横浜市立大学附属市民総合医療センター)

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 助教
平成5年横浜市立大学卒。平成7年～財団法人復康会鷹岡病院、平成11年～横浜市立大学附属病院、平成12年より横浜市立大学附属市民総合医療センター勤務。平成15年より4年間同センター内の高度救命救急センターに救急医として勤務し現在に至る。

大塚 耕太郎 (岩手医科大学神経精神科学講座)

岩手医科大学医学部 精神神経科学講座
2001年 岩手医科大学神経精神科 助手、2005年 同科 講師、自殺に関連した研究業績が多数あり、臨床、研究のいずれにおいてもまさに第一人者といえる。
第25回日本社会精神医学会優秀発表賞(2006)など受賞歴も多数。

河西 千秋 (横浜市立大学医学部 准教授)

横浜市立大学医学部・准教授、附属病院精神科部長補佐、日本自殺予防学会理事、精神科医
山形大医学部、横浜市大院卒。藤沢病院、カルフォルニア大学・カロリンスカ研究所留学などを経て現職。
専門領域は精神科薬物療法、パブリック・メンタルヘルス(特に自殺予防学)、行動科学。地域、病院、専門教育、職域などの各領域において、また厚生労働省、神奈川県、横浜市や各種団体からの委嘱により様々な自殺対策活動・研究に従事している。近著に「自殺予防学」(新潮社)など

智田 文徳 (社団医療法人智徳会岩手晴和病院 理事長)

社団医療法人智徳会岩手晴和病院 理事長、岩手医科大学医学部神経精神科学講座 非常勤講師、
社会福祉法人盛岡いのちの電話 理事
H9年滋賀医科大学卒。H16年岩手医大大学院卒。H9年～東京都立松沢病院、H11年～北里大学高度救命救急センター

主催者よりご挨拶

社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課長

福田 裕典

本日は平成21年度自殺未遂者ケア研修にご参加いただきありがとうございます。

自殺未遂は明確な自殺のサインであり、自殺未遂者に対しては自殺を防ぐための十分なケアが必要なことが知られています。しかし、現状では自殺未遂者ケアに対する必要性の認識が医療現場等で乏しいことや実際のケアが十分ではないことが指摘されており、平成19年に策定された「自殺総合対策大綱」においても、当面の重点施策9項目の中に「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」として自殺未遂者ケアが特に掲げられています。

厚生労働省では、平成18年12月から「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」を開催し、自殺未遂者ケアのあり方等について有識者の方々に繰り返しご議論いただきました。平成20年3月に同検討会報告書が取りまとめられ、それを基に、厚生労働科学研究の研究班と一般社団法人日本臨床救急医学会の協同により、救急医療版の自殺未遂者ケアに関するガイドラインを作成いたしました。

本研修はそのガイドラインを皆様にご紹介すると共に、実際の臨床場面を想定したより実践的なノウハウをお伝えしていくことを開催の目的としています。本日の研修が皆様の日々の臨床に役立つものになると共に、自殺未遂者に対するケアが一層進んでいくことを願います。

自殺未遂者ケア研修 救急医療版 大阪会場

開催日時：平成22年1月16日（土） 10：20～17：00

会場：エルおおさか

自殺未遂者ケア研修 救急医療版 東京会場

開催日時：平成22年1月23日（土） 10：20～17：00

会場：航空会館



修了証

三宅 康史 殿

No. 10-0001

あなたは厚生労働省主催・日本臨床救急医学会共催の「自殺未遂者ケア研修 (救急医療版)」に参加し、その全課程を修了したことをここに証する。

平成22年1月16日

一般社団法人 日本臨床救急医学会

代表理事 有賀 徹

救命救急センターを受療した統合失調症の自殺行動の実態

研究分担者 河西千秋
横浜市立大学医学部精神医学 准教授

要旨：精神疾患罹患は自殺の危険因子であり、心理学的剖検研究によれば、統合失調症は自殺者が罹患していた主要精神疾患のひとつである。そして自殺総合対策大綱において、自殺予防のために取り組むべきハイリスク要因として掲げられている。しかし、1998年以降、わが国で自殺問題が深刻化する中で統合失調症の自殺関連行動に関する調査・研究はほとんど実施されていなかった。分担研究者らは、統合失調症の自殺企図行動の実態を明らかにする目的で、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を自殺企図による受傷で受療した統合失調症患者100人について、気分障害の自殺企図患者とその属性、自殺企図行動の詳細、過去の自殺関連行動の詳細などを比較し、その特徴を調査した。その結果、統合失調症患者では、過去の自傷行為の頻度が気分障害患者と比較して低く、また自殺再企図を繰り返した事例では、前回の企図行動から1年以上経過しての再企図が気分障害と比較して有意に多オッズ比で2.8倍であった。企図手段では飛び降りによるものがやはりオッズ比で3.9倍、入院後全身麻酔下での手術は2.6倍、自殺企図による身体後遺症は約3.2倍であった。企図動機については「精神的な問題」が気分障害患者と比較し有意に多く、精神科病院への入院が45.0%と半数近くを占めた（それぞれオッズ比で4.3倍、4.1倍）。統合失調症患者の自殺予防のためには、慢性疾患にともなう患者のさまざまな負担に介入すること、また、自殺再企図のリスクが長期的に継続することを念頭に置いて適切な介入を行うことが重要と考えられた。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
中川牧子 横浜市立大学医学部精神医学教室,
カロリンスカ研究所臨床薬理学研究室
山田朋樹 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 助教

A. 研究目的

自殺既遂者の90%以上が何らかの精神疾患を抱えていたことがこれまでの先行研究から明らかとなっている(Bertolote and Fleischmann 2002)。中でも統合失調症と気分障害は、依存症とともに自殺の背景となる精神疾患として最も注目すべき疾患である(Proulx et al. 1997;

Stebalaj et al. 1999)。

気分障害患者についての予防対策としては、さまざまな調査・研究をもとに、うつ病スクリーニングと介入、薬物療法、地域住民への啓発・教育、専門職への教育などが実施されている(Rutz et al., 1992; Chiu et al., 2003; Henriksson and Isacsson, 2006; Szanto et al., 2007; Mann et al., 2005; 大山, 2003)。しか